



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Médico-Cirúrgica Vertente Pessoa Idosa

Declínio funcional no idoso hospitalizado

Sandra Cristina dos Santos Baptista Parreira

2014





Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Médico-Cirúrgica Vertente Pessoa Idosa

Declínio funcional no idoso hospitalizado

Sandra Cristina dos Santos Baptista Parreira

Professora Doutora Graça Melo

2014

*"The great thing about getting older is that you
don't lose all the other ages you've been"*

Madeleine L'Engle

in B. Bonder, V. Dal Bello-Haas & M. Wagner. (2009). *Functional Performance in Older Adults* (3ed).
Philadelphia, Pennsylvania: F.A. Davis Company

Os meus expressos *agradecimentos*...

À Professora Doutora Graça Melo pela força que me transmitiu no decorrer da aplicação deste projeto. O seu estímulo constante, sabedoria e ânimo foram essenciais para aquisição de competências enquanto enfermeira especialista no cuidado à pessoa idosa. Reconhecemos que os pequenos passos dados durante destes meses irão marcar a minha vida profissional e pessoal.

À Professora Idalina Gomes pela sua motivação desde o primeiro encontro, fez-me sentir que o banco de escola era o único local que poderia estar naquele momento...

À Enfermeira Isabel Côrte-Real, pelas partilhas que me acalmou o coração e me deram ânimo, todos os dias a cada conversa. Pela sua disponibilidade e brevidade na resposta. Por aquele abraço me fez falta.

À enfermeira Susana Jesus que tanto me tem ensinado, sempre com um sorriso para a vida, pelo conforto de uma palavra amiga. Garantidamente sou uma pessoa melhor, uma enfermeira melhor, uma amiga melhor... pela simplicidade, humildade e determinação que me transmite.

À amizade, por todos os momentos que deixamos de viver: Rafinha, Ana, Rita, Marisa, Taninha, Zurzica, Ritita, Sara, Ana Costa, Susana, Rui, Mauro, Miguel, António Sérgio e Júlio. Obrigada pelo vosso apoio incondicional.

À minha Mãe, irmão e sobrinho, as palavras não descrevem a confiança e o conforto que me dão, nos momentos bons e menos bons, este é sem dúvida, um trabalho em família!

Aos intervenientes neste projeto, todos os que tiveram algum papel para tornaram este projeto possível, em especial a todos os clientes e familiares com os quais partilhei cuidados e que me permitiram esta partilha.

Resumo

O aumento da esperança de vida é uma das maiores conquistas da humanidade, todavia, inerente a esta conquista assistimos ao aumento de prevalência de doenças crônicas, que exigem um maior dispêndio de recursos de saúde, nomeadamente os hospitalares.

O declínio funcional na pessoa idosa resultante da hospitalização é um problema comum, com consequências desastrosas para o próprio e família, condiciona os custos do internamento, aumenta a sobrecarga do cuidador aquando da alta hospitalar, o dispêndio de recursos para a sociedade e trás consequências desastrosas para a qualidade de vida da pessoa idosa.

A pessoa idosa usufrui de cuidados hospitalares gerais que, nem sempre são os mais apropriados, o principal foco dos cuidados de saúde agudos são o diagnóstico e tratamento médico, a promoção da segurança e prevenção de lesões iatrogénicas, estão muitas vezes colocadas em segundo plano.

Tendo em conta as características específicas da pessoa idosa, as suas vulnerabilidades, fragilidades e as suas necessidades singulares planeamos e executamos um projeto de intervenção para prevenir o declínio funcional do idoso hospitalizado, com uma abordagem multidisciplinar, personalizada, sensível às necessidades da pessoa idosa, com ênfase nas intervenções autónomas de enfermagem.

A nossa intervenção incidiu nas dimensões de maior vulnerabilidade da pessoa idosa: sono, alimentação, incontinência, confusão, quedas, fragilidade da pele, depressão, infeções nosocomiais e problemas com a medicação que cruzamos com os fatores de risco para o declínio funcional associado à hospitalização.

O declínio funcional durante a hospitalização é evitável se intervirmos preventivamente sobre os fatores de risco, identificando os clientes de alto risco e intervindo durante a hospitalização e no planeamento da alta, a fim de manter o bem-estar e qualidade de vida da pessoa idosa.

Palavras-chave: Idoso, Hospitalização, Fatores de Risco, Declínio Funcional.

Abstract

The increasing of the average life expectancy is one of the major accomplishments of humankind, however, inherent to this conquest, we have been attending to the increasing prevalence of chronic diseases that demand bigger costs regarding health resources, particularly in the hospitals.

The functional decline of the elderly person, subsequent to hospitalization is a very common problem with disastrous consequences to the patient himself and his relatives. This leads to increasing costs as well as increasing the workload of the health carer by the time of the discharge, requiring higher amount of resources to the society which brings disastrous consequences to the elderly patient's quality of life.

The elderly person takes advantage of general hospital health care, which in some cases, is not the most appropriate. Being the diagnosis and treatment plan the acute health care main focus, often concepts like safeguarding and preventing iatrogenic complications are disregarded.

Considering the specific characteristics of the elderly person, his vulnerabilities, weaknesses and individual needs, we establish a careplan and carry it out in order to prevent the functional decline of the elderly person, with a personalized multidisciplinary approach, responding to his specific needs, focusing in our own nursing interventions.

Along the way, our intervention has been attentive to the major vulnerability's of the elderly person, such as sleeping, feeding, incontinence, disorientation, risk of falls, skin vulnerability, depression, hospital infections and medication problems, which we overlap with the functional decline associated to the hospitalization process.

This functional decline during the hospitalization process becomes avoidable if we take preventive actions regarding risk factors, identifying high risk patients, intervening during the hospitalization process and establishing a discharge plan, with the goal to improve the well being and quality of life of the elderly person.

Key words: Elderly person, Hospitalization, Risk Factors, Functional decline.

Siglas e abreviaturas

ABVD: atividades básicas de vida diária

AIVD: atividades instrumentais de vida diária

ARS: Administração Regional de Saúde

AVC: acidente vascular cerebral

CE: Comissão Europeia

CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

CIDID: Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens

CHNL: Centro Hospitalar Lisboa Norte

DPOC: Doença pulmonar obstrutiva crónica

ECCL: Equipa de cuidados continuados integrados

ECG: Escala de coma de glasgow

FB: Funcionalidade basal

GU&G: Get up and go

IMC: Índice de massa corporal

INE: Instituto Nacional de Estatística

MCDT: Meios complementares de diagnóstico e tratamento

MNA: Mini Nutritional Assessment

NICE: National Institute for Health and Care Excellence

OE: Ordem dos Enfermeiros

OMS: Organização mundial de saúde

SNS: Serviço Nacional de Saúde

EGA Equipa de gestão de altas

VNI: Ventilação não invasiva

UCP: Unidade de cuidados paliativos

Índice	Pag.
Introdução.....	13
1. Problemática.....	16
2. Enquadramento teórico	20
2.1. O envelhecimento: um fenómeno global	20
2.2. O processo de envelhecimento e a dependência na pessoa idosa.....	21
2.3. O declínio funcional na pessoa idosa hospitalizada	28
3. Enquadramento conceptual de enfermagem.....	35
4. Metodologia desenvolvida	38
4.1 Diagnóstico de situação.....	38
4.2 Finalidade e objetivo do projeto.....	40
4.3 População alvo	41
4.4 Instrumentos de avaliação da pessoa idosa.....	41
4.5 Autoformação: aquisição de competências de avaliação da pessoa idosa com risco de declínio funcional.....	43
4.5.1 Revisão de literatura de evidência científica para o planeamento de cuidados de enfermagem.....	43
4.5.2 Estágio na comunidade	43
4.6 Intervenções de enfermagem para prevenção de declínio funcional na pessoa idosa hospitalizada de acordo com a evidência científica	46
4.6.1 Intervenção na equipa: formação	46
4.6.2 Intervenção na pessoa idosa e família	47
4.7 Indicadores de avaliação	47
4.8 Questões éticas.....	48
5. Execução do projeto e discussão de resultados.....	49
5.1 Intervenção em equipa	49

5.2 Intervenção na pessoa idosa e família	56
5.2.1 Atividades realizadas na avaliação do projeto	64
5.2.2 Implicações do projeto para a prática de enfermagem	67
5.2.3 Limitações da implementação do projeto	68
6. Considerações finais	69
Referências bibliográficas.....	72
Anexos	
Anexo I - Autorização de estágio pela enfermeira diretora da unidade de Saúde Dr. José Domingos Barreiros da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa...II	
Anexo II - Aprovação do projeto de estágio pela enfermeira diretora e pela Comissão de Ética para a Saúde do CHLN.....IV	
Apêndices	
Apêndice I - Consentimento informado e esclarecido	VIII
Apêndice II - Auditoria inicial aos registos de enfermagem	X
Apêndice III - Apresentação do projeto à equipa de enfermagem.....	XIII
Apêndice V - Discussão de artigos científicos: "Confusion geriatric" e "Nursing assessment. Nursing tools and strategies to assess cognition and confusion"	XVIII
Apêndice VI - Discussão de artigos científicos: Sleep and the sleep environment of older adults in acute care settings.....	XXI
Apêndice VI - Discussão de artigos científicos: The prevention and management of skin tears e Using Assessing Care of Vulnerable Elders Quality Indicators to Measure Quality of Hospital Care for Vulnerable Elders.....	XXIV
Apêndice VII - Intervenções básicas de enfermagem nas vulnerabilidades da pessoa idosa.....	XXVII

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Repercussão do envelhecimento por sistemas	22
Tabela 2 - Caraterização dos clientes hospitalizados, por faixa etária, no período de 1 de janeiro a 21 de junho de 2012.....	38
Tabela 3 - Caraterização de clientes, idade, dias de internamento e índice de funcionalidade durante a hospitalização.....	60

Índice de Figuras

Figura 1 - Crescimento potencial, a crise como um desafio.....	39
--	----

Índice de Quadros

Quadro 1 - Repercussão do envelhecimento na anatomofisiologia humana.... 39

Introdução

O crescimento da população idosa é um fenómeno mundial, envelhecer é uma realidade e uma conquista da humanidade, evidente mesmo nos países mais pobres. O processo de transição demográfica e epidemiológica coloca constrangimentos aos profissionais, gestores e investigação em saúde. É premente desenvolver estratégias para atenuar as fragilidades das instituições de saúde de forma a preparar a transição social (WHO, 2002; Veras, 2009).

A melhoria das condições de vida da população e a evolução dos cuidados de saúde aumentou a esperança de vida, contudo, não preveniu o aparecimento e o aumento das doenças crónicas e incapacitantes que causam dependência. O aumento de prevalência de doenças crónicas exige um maior dispêndio de recursos de saúde, hospitalares e da comunidade. Na pessoa idosa os principais objetivos prendem-se agora com qualidade de vida, bem-estar, alívio de sofrimento, busca de sentido de vida e dignidade.

A condição de idoso com doença crónica, vulnerável à doença aguda e suscetível a eventos adversos, leva a episódios de hospitalização. A proporção de idosos hospitalizados é cada vez maior, acompanhando o aumento do número de dias de internamento. A hospitalização está na liderança do declínio funcional (Asmus-Szepesi et al, 2011) com consequências desastrosas (Graf, 2008). Cerca de 35% dos clientes apresentam declínio funcional quando se compara a funcionalidade basal (duas semanas antes da hospitalização) e aquando de alta. Nos clientes com mais de 85 anos este número sobe para 50% (Covinsky et al, 2003), chegando aos 65% nas pessoas com mais de 90 anos (Asmus-Szepesi et al, 2011).

No âmbito do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica vertente da Pessoa Idosa, da Escola Superior

de Enfermagem de Lisboa, considerando esta problemática, realizámos um estágio, com a finalidade de desenvolver competências no cuidado diferenciado e sistemático à pessoa idosa, de forma a contribuir para prevenção de declínio funcional durante a hospitalização.

Enquanto candidata a enfermeira especialista procurámos a aquisição e desenvolvimento de competências no cuidado à pessoa idosa. Planeámos um percurso com o objetivo adquirir competências de prática clínica e tomada de decisão, fundamentadas na evidência científica, recomendações nacionais e internacionais, que asseguram a excelência da qualidade dos cuidados de enfermagem especializados.

O presente relatório de estágio espelha a aquisição e desenvolvimento de conhecimento aprofundado nos domínios específicos de intervenção especializada, com competências de responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão de cuidados e promoção de excelência profissional com uso de investigação (OE, 2010), assim como, aquisição e desenvolvimento de competências específicas de cuidado à pessoa em situação crónica e paliativa, estabelecendo relação terapêutica com clientes com doença crónica, incapacitante e terminal e seus familiares, em contexto de prática clínica, diminuindo o sofrimento, maximizando o bem-estar, conforto e qualidade de vida (OE, 2011).

O nosso objetivo geral de aprendizagem foi desenvolver competências enquanto candidato a enfermeiro especialista, inserido na equipa multidisciplinar, no reconhecimento dos fatores de risco de declínio funcional da pessoa idosa hospitalizada de forma a prevenir o fenómeno. Definimos objetivos específicos:

- Conhecer a problemática do declínio funcional na pessoa idosa hospitalizada;
- Identificar as competências de enfermeiro especialista que cuida a pessoa idosa com elevado risco de declínio funcional no período de hospitalização;
- Desenvolver competências na equipa de enfermagem na prevenção de declínio funcional na pessoa idosa hospitalizada;

- Identificar o papel do enfermeiro especialista na capacitação da equipa multidisciplinar no cuidado à pessoa idosa com risco de declínio funcional durante a hospitalização.

O desenvolvimento deste projeto tem como finalidade a implementação de boas práticas nos cuidados de enfermagem à pessoa idosa hospitalizada.

A elaboração deste documento assenta na metodologia de trabalho de projeto. Centra-se na identificação e resolução de um problema, fomentando a aquisição e desenvolvimento de competências de resolução dos mesmos numa situação real (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

O presente relatório é composto por seis partes: a presente introdução, a problemática onde identificamos e esclarecemos as motivações para o estudo da situação-problema identificada; o enquadramento teórico que suporta a problemática com a revisão sistemática de literatura, o enquadramento conceptual de enfermagem que suporta a intervenção de enfermagem à luz da Teoria do Autocuidado, a metodologia e procedimentos, execução do projeto e discussão dos resultados obtidos e competências adquiridas, limitações e implicações da realização do projeto e por fim as considerações finais, refletindo as principais aprendizagens concretizadas ao longo da elaboração deste projeto.

1. Problemática

O envelhecimento populacional é um fenómeno global, uma dos maiores conquistas e desafios da humanidade (WHO, 2002). Com o envelhecimento da população, verifica-se um aumento considerável da expressão de doenças crónicas e problemas de incapacidade. Admitem-se novos padrões de doença em função das características da população, a taxa de ocupação hospitalar de pessoas idosas é cerca de 50% (Cabete, 2008), com esta certeza devemos repensar os cuidados de saúde, é premente adequar as intervenções de enfermagem às necessidades desta população.

A agudização de doenças crónicas e lesões, inerentes à condição de idoso, são muitas vezes a causa de hospitalização. Todavia, são comuns complicações iatrogénicas no contexto da hospitalização, dada a vulnerabilidade da pessoa idosa, como seja, o declínio funcional, surgimento de incontinência, malnutrição, úlceras por pressão, reações medicamentosas e quedas (Touhy & Jett, 2010).

A hospitalização lidera as causas de declínio funcional (Asmus-Szepesi et al, 2011), com consequências devastadoras em idosos (Graf, 2008). Estima-se que 35% dos clientes perdem capacidade funcional durante o internamento. Este número sobe para 50% em clientes com mais de 85 anos (Covinsky et al, 2003), chegando aos 65% nas pessoas com mais de 90 anos (Asmus-Szepesi et al, 2011).

O declínio funcional não está estritamente ligado ao problema médico que motiva a hospitalização, até porque, a pessoa idosa não recupera instantaneamente a sua capacidade funcional quando o problema médico está resolvido (Hoogerduijn, Schuurmans, Korevaar, Buurman, & Rooij, 2010). Esta é a nossa inquietação, a que se deve o declínio funcional no idoso hospitalizado e o como prevenir o fenómeno?

O hospital torna os idosos mais dependente, essencialmente, porque não recebem cuidados de acordo com as suas necessidades, não existem estratégias

específicas no cuidado à pessoa idosa, essencialmente, por défices de conhecimento. O NICE recomenda aos elementos que trabalham com idosos a realização de formação com objetivo de melhorar o bem-estar e a independência da pessoa idosa, reconhecendo a manutenção da funcionalidade como um dos fatores mais importantes para o bem-estar (NICE, 2013).

Reconhecemos o ambiente hospitalar como hostil especialmente para pessoas frágeis e vulneráveis. Ao avaliarmos o risco de declínio funcional devemos ter em conta a condição física prévia, diagnóstico médico, co-morbilidades, estado nutricional prévio e propensão para quedas, cognição/estado mental, número de dias previsto de internamento, nutrição inadequada, privação de sono, excesso de zelo na recomendação de repouso, depressão, situação socioeconómica e ambiental e uso de polimedicação (Hoogerduijum et al, 2010; Covinsky et al, 2003).

Parece haver uma dissonância entre as particularidades do ambiente hospitalar e os objetivos terapêuticos. O ambiente hospitalar é agitado, com desordem nos corredores, ausência de orientação espaço-temporal, os cuidados são de acordo com a agenda dos profissionais, com uso de cateteres e dispositivos que restringem a mobilidade, nutrição deficitária, barreiras arquitetónicas e excesso de confiança pela existência de corrimão e apoios, podem aumentar o risco de queda (King, 2006).

As principais perdas funcionais durante a hospitalização observam-se em atividades básicas, no tomar banho e comer (Sager et al, 1996). Nestas atividades substituímos, muitas vezes, a pessoa idosa que apresenta lentificação na satisfação das suas atividades, ao invés de estimular a independência e mobilidade. A cama continua a ser o local de eleição de tratamento, parece ser mais fácil providenciar cuidado físico ao invés de estimular os próprios (King, 2006).

Os hospitais estão focados no diagnóstico e tratamento médico, negligenciando, muitas vezes, a prevenção de declínio funcional, ainda que, este seja reconhecido como um problema frequente e sério, com consequências devastadoras para os idosos.

No planeamento de cuidados à pessoa idosa importa definir um plano de preservação de capacidade funcional paralelo ao diagnóstico e tratamento médico, especialmente nos idosos com maior risco de declínio funcional (Hoogerduijum et al, 2010).

O declínio funcional está estreitamente ligado com a qualidade de vida da pessoa idosa e sobrecarga do cuidador. A sobrecarga do cuidador leva, muitas vezes, à necessidade de institucionalização em cuidados de tipologia de longa duração (Rooij et al, 2006), representando um aumento exponencial de dispêndio de recursos sociais no cuidado à pessoa idosa. Ainda assim, as necessidades do cuidador não terminam com a institucionalização (Nikzad-Terhune, Anderson, Newcomer & Gaugler, 2010). Muitos experienciam sentimentos de depressão e insatisfação com as características das instituições, ainda que sem motivo aparente (Schulz et al, 2004).

Os eventos adversos ou de agudização da doença crónica podem ser um estímulo para o crescimento, impulsionam a capacidade se gerir no contínuo de doença (Touhy & Jett, 2010). Embora os idosos tenham maiores índices de admissão hospitalar, tempo de internamento, readmissão e complicações durante o internamento (Courtney et al, 2011), a prática avançada de enfermagem evidencia competências para melhorar os resultados em saúde, assim como, o custo-eficácia (Touhy & Jett, 2010). A hospitalização é uma oportunidade para melhorar a funcionalidade global do idoso. É expectável o uso eficiente de cuidados altamente especializado. A funcionalidade global está relacionada com a manutenção da qualidade de vida.

Os registos de enfermagem nem sempre espelham os reais problemas da pessoa idosa, não preveem objetivos, resultados esperados mensuráveis e intervenções específicas adequadas às suas necessidades. Estes são essenciais para assegurar a continuidade e qualidade dos cuidados prestados (Dec. de lei

104/98), importa definir estratégias que valorizem, facilitem e assegurem a eficácia dos mesmos.

Alicerçados na mais recente evidência científica, pretendemos promover na equipa multidisciplinar a prestação de cuidados básicos à pessoa idosa hospitalizada, nas dimensões de maior vulnerabilidade: sono, alimentação, incontinência, confusão, quedas, fragilidade da pele, depressão, infeções nosocomiais e problemas com a medicação, de forma a prevenir o declínio funcional. Para conhecer a variação da capacidade funcional do idoso hospitalizado, pretendemos implementar a avaliação sistemática de capacidade funcional e monitorizá-la, nas duas semanas prévias ao internamento, admissão, hospitalização e aquando da alta.

O conhecimento de dados assistenciais: a variação de capacidade funcional, incidência e prevalência de úlceras por pressão e incidência de quedas durante a hospitalização permite-nos conhecer o perfil do cliente hospitalizado. A análise dos dados assistenciais têm o intuito de estabelecer uma dinâmica de melhoria contínua dos cuidados de enfermagem.

No presente projeto de cuidados assumimos o papel de enfermeira perita nos cuidados à pessoa idosa. Delineamos objetivos que permitam realizar, enquanto elemento da equipa multidisciplinar, a avaliação global do cliente e família, fomentando a melhoria contínua da qualidade dos cuidados e a formação dos profissionais, em contexto hospitalar de acordo com as das políticas de saúde preconizadas para o idoso. A nossa prática de cuidados de enfermagem assenta na evidência científica, em recomendações nacionais e internacionais, que nos permitem intervir no cuidado quotidiano à pessoa idosa.

Sabemos que existe uma sinergia entre as políticas de saúde e a prática de enfermagem baseada na evidência, esperamos que a realização deste estágio tenha implicações na gestão do serviço, cada vez mais há consciência que os problemas de saúde se manifestam de forma diferente em idosos em comparação com os indivíduos mais jovens.

2. Enquadramento teórico

O presente capítulo faz o enquadramento teórico para a implementação do projeto de estágio. Compõe-se por subcapítulos que aclaram o envelhecimento como um fenómeno global, relacionando-o com dependência e o fenómeno do declínio funcional na pessoa idosa hospitalizada.

2.1. O envelhecimento: um fenómeno global

A proporção de pessoas com 65 anos ou mais está a aumentar exponencialmente em todo o mundo graças às baixas taxas de fertilidade e ao aumento da esperança de vida. Entre 1970 e 2025, espera-se um crescimento de 223% no número de idosos. Em 2025, existirão um total de cerca de 1,2 bilhões de pessoas com mais de 60 anos. Até 2050 os idosos representarão 22% da população mundial, existirão aproximadamente dois bilhões de pessoas com mais de 60 anos, 80% nos países em desenvolvimento (OMS, 2005). Na Europa esta tendência deverá atingir o auge em 2015-2035, altura em que a geração do *baby boom* (nascidos nas décadas de entre 1940 e 1960) passará à reforma. A população ativa decrescerá a partir de 2012 e a população idosa continuará a aumentar, cerca de dois milhões de pessoas por ano (CE, 2010).

Em Portugal assistimos ao fenómeno do duplo envelhecimento da população, caracterizado pelo aumento da população idosa e pela redução da população jovem. Em 1981, cerca de ¼ da população pertencia ao grupo etário mais jovem (0-14 anos), e apenas 11,4% estava incluída no grupo etário dos mais idosos (com 65 ou mais anos). Em 2011, cerca de 15% da população no grupo etário mais jovem (0-14 anos) e cerca de 19% da população tinha 65 ou mais anos de idade. Entre 2001 e 2011 a população idosa aumentou cerca de 19,4% (INE, 2011). Tais factos têm implicações diretas e indiretas nos cuidados de saúde exigidos pela população.

2.2.O processo de envelhecimento e a dependência

Os seres humanos são projetados para serem bípedes, eretos, mas à medida que progridem ao longo do ciclo de vida, tendem a despendar menos tempo em pé e em movimento contra a gravidade. Tais factos, combinados com o declínio fisiológico, contribuem para perdas globais de desempenho funcional e capacidade de satisfação das suas AVD (Dean & Andrade, 2009).

O envelhecimento é um processo biológico complexo, inevitável e irreversível, relacionado com aumento da vulnerabilidade. É um processo universal, estreitamente ligado ao processo de diferenciação e crescimento (Araújo, Ribeiro, Oliveira & Pinto, 2007). Denominado, também, como senescência, leva à redução da capacidade funcional do organismo pela diminuição da reserva fisiológica dos sistemas e órgãos (Nigam, 2011). O idoso é mais suscetível à debilidade e doença, mesmo pequenas infeções podem representar uma ameaça à vida (Dean & Andrade, 2009).

A vulnerabilidade da pessoa idosa depende de fatores ambientais e dos recursos pessoais, podendo conduzir a situações de fragilidade. É um conceito multidimensional e dinâmico, reflete a convergência e interação de múltiplos fatores de risco, a nível individual, biológico, ambiental e social, que influenciam a saúde (Rogers, 1997). Todavia, ressaltamos que a idade cronológica não é um marcador preciso para as mudanças que acompanham o envelhecimento.

O processo de envelhecimento é acompanhado de mudanças estruturais que ocorrem sobretudo a nível metabólico e estrutural. A renovação celular não é eficaz, com repercussões na composição global do corpo e do peso corporal, músculos, ossos, tecido subcutâneo e tegumento (Dal Bello-Haas, 2009). As alterações funcionais têm repercussões na anatomofisiologia humana, que apresentámos no seguinte quadro.

Quadro 1

Repercussão do envelhecimento na anatomofisiologia humana

	Efeitos
Aparelho Cardiovascular	Alteração frequência, condução e regularidade de impulsos cardíacos por perda de elasticidade e calcificação dos vasos sanguíneos; ↓ da capacidade máxima do coração; dificuldade de recuperação para estado basal após atividade.
Aparelho Respiratório	↓ eficácia por perda de elasticidade e permeabilidade dos tecidos; ↑ capacidade residual; dificuldade na capacidade de limpeza brônquica; ↑ o custo metabólico da respiração.
Aparelho geniturinário	↓ taxa de filtração glomerular; ↓ a capacidade de retenção bexiga e tônus vesical; retardamento na micção; micções frequentes e menos abundantes; ↑ prevalência incontinência em mulheres comparando com homens.
Aparelho GI	Falta de peças dentárias afeta mastigação e digestão; alteração do paladar e olfato; ↓ de produção de saliva, xerostomia, lentificação do tubo digestivo, ↓ da segregação enzimática e absorção; ↓ tonicidade do intestino grosso; obstipação; impactação fecal.
Sistema Nervoso	↓ peso e volume cerebral; atrofia das circunvoluções; ↓ aporte sanguíneo e consumo de oxigênio; ↓ eficácia recetores sensoriais; ↓ número de neurónios; ↓ sensibilidade à dor e tato; comprometimento da capacidade de adaptação e de utilizar novas informações, de integrar e resolver novos problemas; capacidade de alerta menos eficaz; não vive na plenitude os momentos de lazer; ↓ da visão periférica e lateral, ↓ visão noturna e a acomodação à iluminação súbita; 70% dos idosos ocorre perturbação do metabolismo da glicose; ↓ do metabolismo basal; modificação das fases de sono; períodos frequentes de sono ligeiro e fragmentado.

Fonte: B. Bonder, V. Dal Bello-Haas & M. Wagner. (2009). *Functional Performance in Older Adults* (3ed). Philadelphia, Pennsylvania: F.A. Davis Company

As limitações individuais levam, muitas vezes, à dependência de outros e repouso por períodos prolongados. Quando a pessoa é incapaz de mover uma parte do corpo ou a sua totalidade podem ocorrer, num curto período de tempo, surgem numerosas complicações (Cazeiro & Perez, 2010). A saúde do idoso está relacionada com a sua funcionalidade global, pelo funcionamento harmonioso de

quatro domínios: cognição, humor, mobilidade e comunicação. Reconhecemos como principais sinais do síndrome geriátrico o déficit cognitivo, instabilidade postural, imobilidade e déficit na comunicação (Moraes, Marino & Santos, 2010).

A inatividade na pessoa idosa é um problema complexo que promove o descondicionamento físico. Este é um fenómeno desastroso que se comporta com efeitos deletérios cumulativos. O descondicionamento físico é processo complexo de mudança fisiológica após um período de inatividade, repouso absoluto ou estilo de vida sedentário. Este resulta em perdas funcionais em áreas como estado mental e capacidade de realizar atividades da vida diária.

Os efeitos mais previsíveis de descondicionamento são vistos no sistema músculo-esquelético e incluem diminuição da massa e força muscular, encurtamento muscular, alterações da densidade óssea e na estrutura articular e periarticular cartilaginosa, com perda acentuada de força dos membros inferiores que limita a mobilidade. O declínio da massa muscular está associado ao declínio funcional, quedas e aumento da fragilidade (Gillis & MacDonald, 2005).

A imobilidade leva à perda de plasma, diminuição de secreção de suco gástrico, menos afluxo de sangue aos membros inferiores, diminuição da tolerância à glicose, diminuição dos movimentos respiratórios, diminuição dos movimentos de secreções brônquicas, aceleração da atividade catabólica, rápida destruição celular e deficiência proteica. O repouso estimula o sistema parassimpático, ocorrem sintomas como dispepsia, estase gástrica, distensão gástrica, anorexia e obstipação, aumenta a ocorrência de cálculos urinários, infeções do trato urinário, zonas de pressão, alteração do padrão de sono repouso e equilíbrio psicossocial. A imobilidade leva também à destruição maciça do osso agravando a osteoporose (Cazeiro & Perez, 2010). Nenhum cliente deve ficar imóvel mais tempo do que o necessário a fim de evitar as complicações da imobilidade (Borgman-Gainer, 2000).

Envelhecer expõe a pessoa à fragilidade, a capacidade de reserva é reduzida a um ponto segundo o qual a saúde, o funcionamento global e bem-estar estão comprometidos. Esta é uma condição observada em clientes com mais de 85 anos,

ou mais jovens, que apresentem uma combinação de doenças ou limitações funcionais, que reduzam a capacidade de se adaptar aos efeitos causado por doenças agudas, hospitalização ou outras situações de risco, para além dos desafios do próprio ambiente. As suas complicações são, na sua maioria evitáveis, mas são ocasionalmente inevitável. A fragilidade avançada ameaça a vida (Hazzard et al, 1994; Heath & Phair, 2011).

A prevenção dos problemas do processo natural de envelhecimento é a chave para o cuidado em parceria com o cliente, elaborar de um plano de cuidados com intervenções de enfermagem adequadas de forma a atingir resultados ajustados e realistas. Para tal, em contexto de internamento hospitalar é essencial monitorizar a funcionalidade do cliente, transformar as capacidades do cliente em dados mensuráveis.

A funcionalidade tem uma importância primordial para a manutenção da qualidade de vida do idoso, qualquer perda de capacidade vem sempre cedo demais, qualquer que seja a idade cronológica. A manutenção da capacidade de realizar algo pelos seus próprios meios é um objetivo fulcral a manter na pessoa idosa.

A qualidade de vida é um conceito universal, dinâmico e multidimensional que se relaciona com capacidade de autossatisfação e autoeficácia em tarefas fundamentais para viver no mundo social. O conceito engloba critérios objetivos como o funcionamento fisiológico e a manutenção de atividades de vida diária, está estreitamente ligado com a saúde, autonomia, atividade, recursos económicos, habitação, intimidade, segurança, pertença a uma comunidade e relações pessoais. (Paúl, 2005). Está, também, dependente de critérios subjetivos como a satisfação de vida e balanço entre as expectativas e os objetivos alcançados (Aberg, Sidenvall, Hepworth, O'Reilly, & Lithell, 2005)

O desafio para a prática de um cuidar empático de excelência implica adequar intervenções, agir ou fazer pela pessoa, guiar e orientar, proporcionar apoio físico e psicológico, proporcionar um ambiente que promova o desenvolvimento pessoal e capacitação (Orem, 1985). As intervenções compensatórias de educação para a saúde em enfermagem são autónomas, promovem o autocuidado, são uma ação

aprendida e deliberada que assegura uma relação terapêutica, facilitando o reconhecimento da realidade vivida e o controle da saúde, essenciais para a prevenção de eventuais complicações.

A funcionalidade da pessoa é avaliada tendo em conta duas áreas básicas: AIVD e ABVD. As ABVD referem-se a requisitos básicos tais como a toilette pessoal, vestir, transferência, alimentação e continência de esfíncteres. Estão associadas a baixa exigência metabólica, exigem menos resistência comparativamente às AIVD. As ABVD avaliam o nível de independência do indivíduo. A capacidade de funcionar sozinho é avaliada por meio de análise AIVD (Moraes et al, 2010). As AIVD descrevem requisitos adicionais para a vida em comunidade, tarefas mais complexas: uso do telefone, preparação de alimentos, limpeza, lavar roupas, compras, gestão de dinheiro, usar transportes e gestão de medicamentos. Nos últimos anos, incluiu-se a manutenção da saúde pessoal, administração do lar, cuidar de outros (animais de estimação, filhos, dependentes), segurança e resposta de emergência (Wilkins, Letts & Richardson, 2009). As AIVD necessitam de aprimorada aptidão cognitiva.

O conceito declínio funcional refere-se à perda de independência ou de deterioração capacidade de manutenção de autocuidados. Não há uma definição exata, tem inúmeros sinónimos, tais como perda de função, perda de atividades de vida diária, declínio da função para ABVD ou prejuízo funcional (Parekh & King, 2010). Pode ser definido como uma perda de independência nova em atividades de autocuidado ou deterioração das competências de autocuidado para a satisfação de ABVD e AIVD (Fortinsky, 1999). O declínio fisiológico multissistémico é inerente ao processo de envelhecimento, muito embora, o declínio funcional inerente à idade e o declínio no desempenho funcional sejam qualitativamente diferentes (Dean & Andrade, 2009).

O autocuidado é uma atividade diária composta de deveres e tarefas que vão desde cuidados pessoais (por exemplo, tomar banho, vestir-se) aos assuntos pessoais (por exemplo, usar o telefone, gerir medicamentos, serviços bancários, compras de alimentos) (Dean & Andrade, 2009).

Como enfermeira especialista no cuidado à pessoa idosa é essencial conhecer o perfil funcional dos clientes. É desejável avaliação geriátrica eficiente e completa, a custos razoáveis, com objetivo de diagnóstico precoce de problemas de saúde, a orientação de serviços de apoio, com o fim de prevenir a dependência (Paixão & Reichenheim, 2005).

A taxonomia universal da CIF é a base para o diagnóstico e definição de resultados de intervenção (Dean & Andrade, 2009). Este é um instrumento singular que facilita a identificação do perfil funcional (Pereira, Fonseca, Escoval & Lopes, 2011). A sua aplicação permite realizar recolhas de informação sistematizadas e orientar as decisões em saúde pública. A taxonomia universal facilita a comunicação e a tomada de decisão (Fontes, Fernandes & Botelho, 2010). Conhecer do perfil funcional de uma população facilita a definição de políticas de saúde e adequação das necessidades (Pereira et al, 2011).

A CIF define funcionalidade como o "termo genérico para funções do corpo, estruturas do corpo, atividades e participação, os aspetos positivos da interação entre um indivíduo (com uma condição de saúde) e os seus fatores contextuais (ambientais e pessoais) " (OMS, 2003, p.171). Incapacidade é o "termo genérico para deficiências, limitações da atividade e restrições na participação, os aspetos negativos da interação entre o indivíduo (com uma condição de saúde) e seus fatores contextuais" (OMS, 2003, p.171). Capacidade é um conceito que "indica, como qualificador, o nível máximo possível de funcionalidade que uma pessoa pode atingir, num dado momento, em algum dos domínios incluídos na atividade e participação" (OMS, 2003, p.173). A capacidade é medida num ambiente uniforme ou padrão refletindo a capacidade do indivíduo ajustada ao ambiente. A funcionalidade e a incapacidade dos indivíduos são determinadas pelo contexto ambiental onde as pessoas vivem (Farias & Buchalla, 2005).

A CIF não define o conceito de dependência para a satisfação das ABVD, todavia, surge ao longo do trabalho, numa prescritiva de contínuo: Dependência *versus* Independência, ou seja, incapacidade funcional *versus* capacidade funcional. O conceito de dependência não é consensual, na sua definição ou representação social, podendo ser entendido sob vários pontos de vista como: demográfico, económico, psicológico e social. A definição do conceito está ligada às

representações de cada disciplina (Gil, 2007). A dependência inerente ao envelhecimento resulta de várias mudanças ocorridas ao longo do curso de vida (desde as mudanças biológicas às esperadas socialmente), dividindo-a em três níveis: dependência estruturada, resultante da circunstância cultural que atribui valor ao homem em função do que é enquanto produz, dependência física ligada à incapacidade funcional e dependência comportamental, que é socialmente esperada (Baltes & Silverberg, 1995).

Os conceitos de dependência, incapacidade e autonomia são muitas vezes confundidos. A incapacidade física não é sinónimo de perda de autonomia, ainda que a dependência física seja entendida como um sinal de incompetência global e dependência (Baltes & Silverberg, 1995). A autonomia define-se por "habilidade de controlar, lidar e tomar decisões pessoais sobre como se deve viver diariamente, de acordo com as suas próprias regras e preferências" (OMS, 2005, p.14).

Os instrumentos que avaliam capacidade funcional são variados, a sua escolha depende dos objetivos definidos. No que respeita à avaliação da capacidade funcional, na subdimensão ABVD, destacámos o índice de Barthel e o índice de Katz. Este último é reconhecido com bom histórico de validade, contudo, considerado pouco consistente, por ser uma escala dicotómica e não permitir uma avaliação intermédia (Paixão & Reichenheim, 2005). O índice de Barthel é sugerido na avaliação da capacidade funcional pela norma da DGS 054/2011.

Cuidar o idoso é uma atividade de elevada complexidade. Para cuidar é fundamental conhecer a pessoa na sua globalidade, destacámos o método de avaliação biopsicossocial, um instrumento de avaliação integral, utilizado nos cuidados na comunidade, contribui para um plano individual de intervenção dando ênfase à manutenção e recuperação de capacidades (Botelho, 2000).

A pessoa deve reconhecer o processo de transição que está a vivenciar, adaptar o seu estilo de vida às diferentes situações, revestir-se de esperança e um novo sentido de vida. Face às perdas são desejáveis comportamentos positivos, em detrimento de comportamentos passivos e regressivos. O papel do enfermeiro especialista pressupõe de elaboração de planos concretos e abrangentes para os

problemas complexos da pessoa idosa, que permitam viver no contínuo de saúde e bem-estar.

2.3. O declínio funcional na pessoa idosa hospitalizada

A agudização de doença crónica e lesões são as principais causas de hospitalização nos idosos. A ocupação hospitalar conta com 50% de pessoas idosas (Cabete, 2008). Contudo, este é um ambiente inseguro, são comuns as complicações iatrogénicas relacionadas o processo patológico, declínio funcional, quedas, infeções nosocomiais, incontinência, malnutrição, úlceras de pressão, reações medicamentosas e quedas (Touhy & Jett, 2010).

Os idosos hospitalizados são, muitas vezes, estereotipados como frágeis, incapazes e consumidores passivos de cuidados de saúde. As alterações relacionadas com declínio fisiológico da idade torna-os suscetíveis ao descondicionamento (Gordge, 2009). A hospitalização está na liderança das causas de declínio funcional (Asmus-Szepesi et al, 2011), com consequências devastadoras (Graf, 2008). Importa conhecer os problemas inerentes à hospitalização, antecipá-los e prevenir complicações.

O declínio funcional compromete a independência e o futuro, tendo uma estreita ligação com a qualidade de vida. É essencial manter a independência nas AVD.

Cerca de 35% dos clientes diminui o índice funcionalidade quando comparamos as duas semanas antes da hospitalização (FB) e a aquando de alta. Em indivíduos com mais de 85 anos este número sobe para 50% (Covinsky, 2003), e chega aos 65% em pessoas com mais de 90 anos (Asmus-Szepesi et al, 2011). Aqueles que apresentam declínio funcional durante o internamento morrem mais nos 3 meses seguintes à alta (Wakefield & Holman, 2007).

O perda de capacidade não está estritamente ligado à causa médica da hospitalização, depois de resolvido o problema médico, o idoso não recupera instantaneamente a sua funcionalidade prévia (Hoogerduijn et al, 2010). Por outro lado, alguns clientes apresentam maior declínio funcional. É fundamental identificar

os de fatores de risco de declínio funcional, conhecer os clientes têm maior risco e intervir preventivamente.

Como fatores de risco identificamos: a funcionalidade prévia (funcionalidade basal prévia à admissão hospitalar), diagnóstico médico, co-morbilidades, estado nutricional e propensão para quedas, cognição/estado mental, privação de sono, repouso excessivo, situação socioeconômica e ambiental e polimedicação (Hoogerduijum et al, 2010; Covinsky et al, 2003).

Este é um problema frequente, sério e com consequências devastadoras, no entanto, os hospitais com doentes em cuidados agudos estão focados no diagnóstico e tratamento médico, descurando, muitas vezes, a prevenção de declínio funcional. As particularidades do hospital não se coadunam com as necessidades da pessoa idosa. Este é um ambiente ativo, com desordem nos corredores, ausência de orientação, cuidados de acordo com a agenda dos profissionais, uso de polimedicação, uso de cateteres e dispositivos que limitam a mobilidade, hidratação e nutrição deficitária, barreiras arquitetônicas e excesso de confiança pela existência barras e corrimão de apoios; a cama é o local de eleição para tratamentos (king, 2006).

Os maiores índices de perdas funcionais das atividades básicas de vida diária são no tomar banho e comer (Sager et al, 1996), nestas atividades substituímos, muitas vezes, o cliente ao invés de estimular a mobilidade. Parece ser fácil providenciar cuidado físico ao invés devê-los executar pelos próprios

O cuidado ideal passa pela elaboração de um plano de conservação de capacidade funcional paralelo ao diagnóstico e tratamento médico, especialmente, nos idosos com maior risco de declínio funcional. Ao conhecer a pessoa idosa no que respeita aos seus domínios de saúde: capacidade cognitiva, humor, mobilidade e comunicação (Moraes, et al 2010) possibilitamos uma alta hospitalar segura, com a manutenção de qualidade de vida (Hoogerduijum et al, 2010).

A pessoa idosa que desenvolve declínio funcional necessita de maior apoio e dispêndio de recursos no regresso a casa. A sobrecarga do cuidador leva, muitas vezes, à institucionalização em tipologia longa duração (Rooij et al, 2006). Contudo,

as necessidades do cuidador não terminam com a institucionalização, surge uma necessidade acrescida de adaptação e risco de resultados deletérios durante o processo (Nikzad-Terhune et al, 2009). Muitos cuidadores experienciam sentimentos de depressão e insatisfação com as características das instituições, ainda que sem motivo aparente (Schulz et al, 2004).

A prática avançada de enfermagem com base na evidência permite melhorar os resultados em saúde e o custo-eficácia. A hospitalização é um estímulo para o crescimento e retoma da capacidade de gerir no contínuo de doença (Touhy & Jett, 2010). Os idosos tem maiores índices de admissão hospitalar, tempo de internamento, readmissão e complicações durante a hospitalização (Courtney et al, 2011), mas esta é uma oportunidade para melhorar a sua funcionalidade global, fazendo um uso eficiente dos recursos de saúde, que representámos na figura 1.

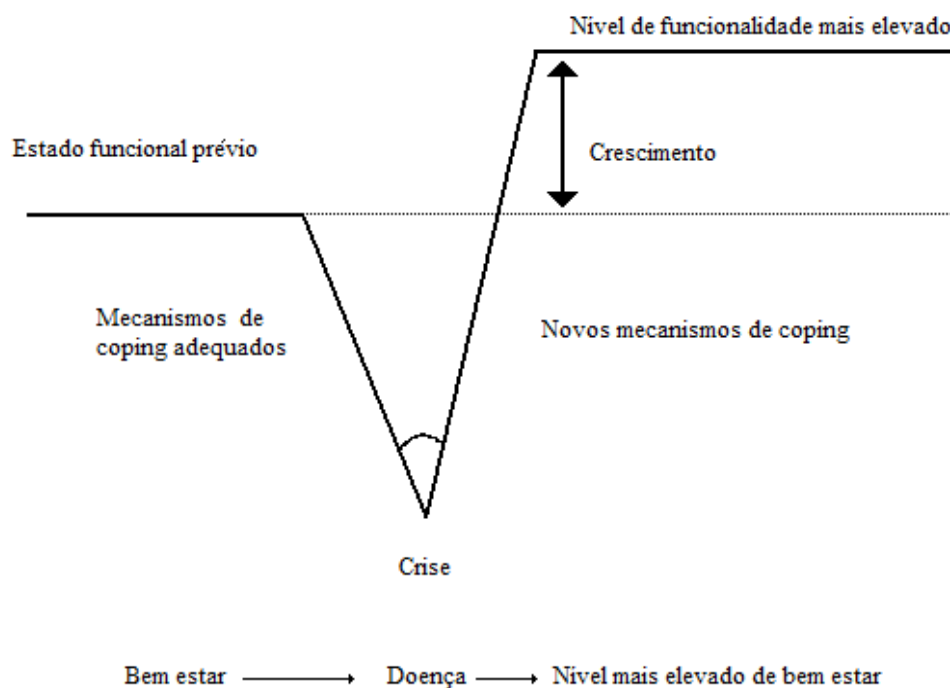


Figura 1 - Crescimento potencial, a crise como um desafio (adaptado de Touhy, T. & Jett, K. (2010). *Ebersole and Hess' Gerontological Nursing & Healthy Aging*, 3ed, Mosby Elsevier.

A pessoa idosa pode sofrer declínio funcional devido à doença aguda, todavia, no contato com profissionais de saúde especializados e intervenções adequadas surge a oportunidade de desenvolver mecanismos de adaptação. A prevenção do declínio funcional na pessoa idosa deve ser alvo da intervenção, do enfermeiro especialista, desde a admissão hospitalar, identificando os fatores de risco para o

declínio funcional, aceitando a hospitalização como uma inevitabilidade e ajuda essencial no processo de cura.

Na elaboração dos planos de cuidados para a pessoa idosa encetamos intervenções básicas nas áreas de vulnerabilidade, de acordo com os “SPICES”, acrónimo que corresponde a perturbações do sono, problemas com a alimentação, incontinência, confusão, evidência de quedas e solução de continuidade da pele (Fulmer, 2007).

O idoso hospitalizado experiência perturbações de sono justificadas pela mudança ambiental inerente à hospitalização, é acordado pela rotina de cuidados, dor, efeitos de medicação, luz e ruído. O tempo de sono, no hospital é breve (em média 90 minuto) e fragmentado, acordam em média com 13 vezes por noite com ruído e verificam-se 3 períodos de elevada intensidade de luz, que dura em média de 1,75 horas por noite (Missildine et al, 2010).

No que respeita à alimentação verifica-se dificuldade na mobilização, aproximação à refeição, pela existência de dispositivos, muitas vezes, a comida apresenta-se fria na hora que é possível comer (Fulmer, 2007). A hora da refeição é problemática (Dickinson, Welch & Ager, 2008). A prescrição e entrega de alimentos nos hospitais é complexa (Milne, 2009), as questões de nutrição pareceram receber menos prioridade. Os alimentos são insuficiente e não são fornecidos em tempo útil (Xia & McCutcheon, 2006). Por outro lado, a realização de MCDT implica períodos prolongados de restrição alimentar.

Os problemas de nutrição comprometem a capacidade funcional, diminuem as defesas imunológicas, aumenta suscetibilidade a infeções, a incidência de úlceras por pressão, compromete o processo de cicatrização, prolonga o período de hospitalização e aumenta a mortalidade (Zanuy & Sanz, 2004).

A incontinência urinária funcional inaugural durante a hospitalização é um fenómeno frequente, ocorre em cerca de 20% (Zisberg, Sinoff, Gur-Yaish, Admi & Shadmi, 2011). O fenómeno exacerba outras complicações, por exemplo, as complicações pela humidade da pele. Os estudos realizados não distinguem, as complicações da incontinência urinária e fecal (Junkin & Selekof, 2007).

Acrescentamos como fatores de risco o estado cognitivo, défices na mobilidade, idade avançada, sexo (feminino) e duração da hospitalização (Ostaszkiwicz, O'Connell & Millar, 2008). Destacamos, a ocorrência de quedas na tentativa de ir usar a casa de banho.

A confusão é uma complicação frequente durante a hospitalização de idosos, com uma prevalência que variam entre 12% a 31%. Antes de mais, é fundamental estar atento aos fatores predisponentes (Inouye, Bogardus & Charpentier, 1999). A hospitalização compromete os padrões habituais, altera-se o padrão de alimentação, sono, plano terapêutico, ambiente físico, rotinas e horários, dificultando a orientação. O efeito deletério da sobreposição da depressão está associada a um risco significativo de declínio funcional, institucionalização e morte (Givens, Jones & Inouye, 2009).

A perda de continuidade no tegumento é outro problema frequente. Pelas características específicas da pessoa idosa com alterações fisiológicas da pele acompanhadas de diminuição da mobilidade, diminuição de aporte de circulação dos tecidos, aumenta o risco de lesões da pele. Os fatores de risco são: sexo (feminino), sintomas depressivos, idade avançada, repouso no leito, exposição a forças de fricção, deslizamento e torção, alterações sensoriais, défices na alimentação, exposição à humidade por incontinência (Chen, Dai, Yen, Huang & Wang, 2010). As lesões na pele são gravosas e, uma vez instituídas, a recuperação é demorada e dispendiosa.

Os profissionais realizam avaliações sistemáticas de risco de úlcera por pressão em ambiente hospitalar, respondendo às condições prevalentes, todavia, ainda são incompletas as intervenções ajustadas aos idosos (Arora et al, 2007). Por outro lado, o uso de dispositivos de prevenção e documentação de úlceras por pressão são de baixa qualidade, inclusive em clientes com alto risco (Rich, Shardell, Margolis & Baumgarten, 2009).

As quedas são o incidente de segurança mais comum entre clientes hospitalizados, com taxas de queda de 4-14 por 1.000 clientes por dia (Healey, Oliver, Milne & Connelly, 2008), com potenciais consequências graves a longo prazo (Dean, 2012). Os fatores de risco incluem: idade avançada, fraqueza física,

desequilíbrio, perturbação da marcha, má visão, mobilidade limitada, alteração cognitiva, défice funcional e hipotensão postural (Rubenstein & Josephson, 2006), queda prévia, ambiente desconhecido, a alteração da tabela terapêutica e tentativa de uso da casa de banho (Anderson, Boshier & Hanna, 2012). Reconhecemos a necessidade de intervenção específica para os idosos que têm na sua tabela terapêutica, fármacos que potenciam o risco (antidiabéticos, benzodiazepinas, psicotrópicos, opióides e sedativos).

Às complicações sugeridas pelo acrónimo SPICES acrescentámos a depressão, infeções nosocomiais e problemas relacionados com a medicação (Marcantónio & Mattison, 2012).

Na população idosa há um maior número de inconformidades e complicações no que respeita ao cumprimento da tabela terapêutica. O cumprimento do esquema terapêutico prescrito condiciona a sua eficácia. Por outro lado, os idosos estão mais vulneráveis aos efeitos secundários dos medicamentos, assim, é necessário um ajuste rigoroso na pessoa idosa.

No contexto de cuidados agudos, a pessoa idosa é sujeita a medidas curativas por episódios de agudização de doença crónica ou aguda, fica exposta ao processo patológico, iatrogenia e infeções nosocomiais.

A avaliação sistemática da funcionalidade da população idosa permite-nos refletir a ação do enfermeiro na prevenção da incapacidade do idoso, reconhecer os obstáculos à manutenção da qualidade de vida e apoiar as intervenções de enfermagem que promovem a prevenção do declínio funcional. Só com a avaliação sistemática podemos planear intervenções de enfermagem de acordo com os défices que o idoso apresenta e monitorizar a sua evolução.

A capacidade funcional é descrita como o sexto sinal vital, dada a sua importância para o bem-estar e qualidade de vida da pessoa idosa. A avaliação funcional pode ser definida pela mensuração sistemática, de forma objetiva, do nível em que uma pessoa é capaz de realizar atividades ou funções em determinadas áreas. Trata-se de medir de forma científica o nível até onde a pessoa é capaz de realizar atividades necessárias para cuidar de si, sendo atribuído um valor numérico

a cada atividade em função da capacidade de completar tarefas, fornecendo uma medição objetiva (Bierman & Arlene, 2004).

3. Enquadramento conceptual de enfermagem

Em contexto profissional, o enfermeiro está em constante evolução, é expetável atingir o nível de perito na sua área de intervenção. No entanto, ao mudar de contexto verificar-se uma regressão nos níveis de perícia, havendo necessidade de adquirir novas competências (Benner, 2001). No decurso da minha prática de cuidados exerci funções durante sete anos como enfermeira generalista num Serviço de Medicina com cuidados diretos a adultos e idosos, tendo atingido o nível de perito. Contudo, aquando do ingresso no presente curso tomo consciência das lacunas de conhecimentos que possuo, reconheço que desempenhamos algumas atividades sem a sistematização necessária que, de facto, espelhe a excelência dos cuidados de enfermagem.

No percurso realizado na construção pessoal e profissional procuramos a aquisição de conhecimento específico na pessoa com doença crónica, incapacitante e em fim de vida. Na implementação deste projeto é essencial consciencializar os défices de conhecimento e o conhecimento adquirido e como eles influênciam a relação profissional (OE, 2010).

A aquisição de competências é influenciada pelos contextos e situações que escolhemos abraçar, neste percurso académico pretendemos aperfeiçoar e adquirir novas competências no cuidado à pessoa idosa. Ao longo do curso de mestrado que, finalizámos com a implementação de avaliação sistemática da capacidade funcional e prevenção de declínio funcional na pessoa idosa hospitalizada, pretendíamos adquirir e desenvolver competências específicas do enfermeiro especialista, com o apoio tutorial da Professora Doutora Graça Melo e apoio de outros enfermeiros com formação diferenciada.

No que respeita à especificidade do cuidado à pessoa idosa pretendemos a progressão profissional passando pelos níveis de perícia preconizados e atingir o nível de perito. Por um longo período necessitamos rever o contexto em que os

cuidados se desenvolve à luz da evidência científica. Durante o planeamento e implementação do projeto realizámos uma revisão sistemática da leitura e contextualização deste problema tão complexo, multifatorial e com necessidade de intervenção multidisciplinar.

Com a progressiva compreensão do problema, foi-nos sendo permitido definir as situações com necessidade de intervenção prioritária, de uma variedade de situações que nos é apresentadas, no contexto dos cuidados. Na nossa prática de cuidados estabelecemos prioridades de uma forma organizada, centradas no cuidado ao "Homem", reconhecendo a saúde como um processo dinâmico e complexo, estreitamente ligado ao bem-estar e qualidade de vida, sendo a enfermagem uma profissão que intervém a vários níveis, de acordo com as necessidades evidenciadas pela pessoa face ao problema (Benner, 2001; Orem, 1985).

No final do percurso académico, com a implementação deste projeto, esperámos ter consolidado os conhecimentos científicos mais pertinentes e atuais, aplicando-os na prática clínica, aperfeiçoámos e adquirimos competências, prestando cuidados de excelência, reconhecendo a singularidade do cliente idoso, fundamentando as intervenções nos mais recentes e pertinentes resultados da investigação.

O percurso deste projeto assenta na Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem, nomeadamente a Teoria dos Sistemas de Enfermagem, baseada nas necessidades de autocuidado e nas capacidades do cliente para a execução de atividades de autocuidado. A Teoria do Autocuidado promove cuidados de saúde holísticos, num âmbito alargado, ajustado às características da pessoa no meio, identificando os problemas e enfatizando as forças, limitações e motivações de forma a decidir como intervir no problema (Orem, 1985).

De acordo com a evidência científica são reconhecidas vulnerabilidades no idoso em contexto hospitalar nas quais o enfermeiro especialista inserido numa equipa multidisciplinar pode atuar, em vários níveis. Numa primeira linha de atuação deve haver uma atitude proactiva, de prevenção face ao fenómeno, reconhecendo o risco do potencial problema aplicando-se o sistema de suporte e educação. O sistema de enfermagem parcialmente compensatório é exigido, quando está

instituído o problema, há intervenções específicas mais intensivas face ao fenómeno. Por vezes é necessária uma terceira linha de atuação como sistema totalmente compensatório.

A teórica define os seus conceitos de forma muito particular, em harmonia com as necessidades da pessoa idosa inserida na família e sociedade. Apresenta o conceito de “Ser Homem” por ser mais vasto, em constante interação com o meio e em adaptação. Transmite duas perspetivas do homem que se completam: o Homem que evolui na direção do amadurecimento e da realização do potencial humano, autorrealização e estabelecimento da personalidade e o ser humano como único focando a diferenciação estrutural e funcional, baseando-se no conhecimento de várias ciências humanas e da vida (Orem, 1985).

Na realização deste projeto o papel do enfermeiro especialista, basear-se-á nas necessidades de autocuidado e nas capacidades da pessoa idosa para executar atividades, potenciando novas competências, mesmo quando surge desajuste, como explicita o modelo de crescimento potencial, assumindo crise como um desafio (Touhy & Jett, 2010).

O conceito de Saúde é um estado dinâmico de bem-estar e está adstrito ao da OMS, como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não simplesmente a ausência de doença (Orem, 1985). Lembramos que não nos referimos ao conceito de doente no decorrer deste documento, visto que, mesmo quando o problema médico que leva à hospitalização é resolvido, a pessoa idosa pode não recuperar a capacidade funcional prévia.

De acordo com a teórica, a Enfermagem é uma arte que abrange a realização de uma determinação global. O papel do enfermeiro e do cliente são complementares, determinado comportamento do cliente suscita reação no enfermeiro e vice-versa (Orem, 1985).

A enfermagem na sociedade é vista como um serviço humano, desejado e necessário, as sociedades modernas pressupõem que os adultos sejam autoconfiantes e responsáveis por si e pelo bem-estar dos mais dependentes (Orem, 1985).

4. Metodologia desenvolvida

A metodologia utilizada neste projeto de estágio foi a metodologia de projeto, partimos duma situação-problema para o qual definimos intervenções de acordo com a evidência científica, perante o problema em estudo alternámos ação e reflexão crítica (Coutinho et al, 2009), com base em recomendações de autores de referência. A metodologia de projeto centra-se na resolução de problemas, através desta adquirem-se capacidades e competências para a elaboração e concretização de projetos, favorecendo a relação entre a teoria e a prática (Ruivo et al, 2010).

O desenvolvimento do projeto decorreu por etapas sucessivas: conceptualização de metodologia de projeto, diagnóstico de situação, definição de objetivos, planeamento, execução e avaliação e divulgação dos resultados (Ruivo et al, 2010). De acordo a metodologia apresentamos os objetivos, atividades realizadas, resultados obtidos e reflexão acerca dos mesmos.

O conhecimento académico adquirido, as orientações nacionais e internacionais e as recomendações de boas práticas de acordo com os autores de referência sustentaram as intervenções à pessoa e família, assim como, a tomada de decisão em equipa, segundo critérios de emergência e necessidade de cuidados complexos. Na equipa multidisciplinar as áreas de intervenção incidiram onde se constatou com um conhecimento crítico e necessidade de aperfeiçoamento.

4.1 Diagnóstico de situação

No período de 1 de janeiro a 21 de junho de 2012 procedemos a recolha de dados acerca das características da população hospitalizada, obtivemos um número total de 539 clientes num serviço de internamento de medicina interna com 22 camas: 43% do género masculino e 57% do género feminino. A grande parte dos clientes chega ao serviço de urgência vindos diretamente do seu domicílio (81%) e

regressaram 353 (65%) ao seu domicílio. Observamos que 75% da população tinha mais de 65 anos.

Tabela 2

Caraterização dos clientes hospitalizados, por faixa etária, no período de 1 de janeiro a 21 de junho de 2012

Idade	N	%	Média de dias de internamento
<65anos	132	25%	7,93
≥ 65anos	407	75%	8,13
≥ 65anos – <75 anos	101	18,7%	8,27
≥ 75anos – <85 anos	172	31,85%	7,17
≥ 85anos	134	24,8%	9,26
			Média global de dias de internamento: 8,08 dias

Verificamos que o aumento do número de dias de internamento acompanha o aumento da idade. Quando analisamos a proveniência e destino dos clientes, percebemos que 12% (67 clientes) vem de Lar e como destino temos 49 clientes. A taxa de mortalidade é maior nos idosos institucionalizados.

Em Novembro de 2012, de forma a dar cumprimento aos objetivos propostos, com base na metodologia de projeto, realizamos uma auditoria aos registos de enfermagem, reunião com enfermeira-chefe, observação de práticas da equipa e elaboração de notas de campo.

A auditoria aos registos de enfermagem apoiou-se na grelha de avaliação, foi aplicada nas 48 horas prévias, em 22 processos, salientamos os seguintes resultados (Apêndice II):

- As tarefas descritas implicam a substituição na totalidade das atividades em 73% do cliente (16 clientes).
- Não existe evidência descrita de níveis de dependência por atividade de vida, níveis de dependência intermédia e uso de ajudar técnicas.
- Não existe evidência descrita de evolução no grau de dependência durante o internamento.

- Não existe evidência de elaboração de planos de cuidados personalizados para pessoa idosa e família ou descrição de intervenções de enfermagem para a prevenção do declínio.
- Sem descrições pertinentes para a promoção de prevenção do fenómeno do declínio funcional na pessoa idosa.
- Referências frequentes à localização de desempenho de atividades, pouco pormenorizadas; sem a objetivação pertinente para a continuidade de cuidados na promoção de prevenção de declínio funcional, são exemplo "realizou levantar para cadeirão", "cuidados de higiene no wc", "alimentou-se", "alimentado(a)...", há referência apenas à tolerância.
- Descrição de onde ocorreu a eliminação sem referência à continência de esfínteres: "urinou na fralda", "urinou no wc" e "evacuou".
- Sem referências à capacidade de marcha, distância de marcha segura, capacidade de se sentar e manter-se sentado, tonturas, vertigens, equilíbrio dinâmico e equilíbrio estático, intervenções de enfermagem compensatórias; referência à tolerância sem identificar o tempo de permanência sentado e realização de reposicionamentos no cadeirão.
- Incoerência nas atividades passivas e ativas, há relato, no mesmo turno, de atividades discordantes descritas como "Alimentou-se" e "Totalmente dependente nas AVDs".
- Sem descrição de atividade física em contexto de internamento com os enfermeiros especialistas em reabilitação do serviço e na unidade de medicina física e de reabilitação, pelo fisioterapeuta.

4.2 Finalidade e objetivo do projeto

O presente projeto de estágio teve como principal objetivo de aprendizagem a aquisição de competências de assistência de enfermagem avançada como enfermeira especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica área de especialização pessoa idosa, de acordo com o regulamento de competências (comuns) do enfermeiro especialista aprovado pela Ordem dos Enfermeiros: regulamento nº 122/2011 (OE, 2010), o regulamento das competências específicas do enfermeiro

especialista em enfermagem em pessoa em situação crónica e paliativa (OE, 2011), o regulamento de mestrados da ESEL.

Face ao diagnóstico de situação, tivemos como finalidade: Implementação de boas práticas nos cuidados de enfermagem à pessoa hospitalizada.

Definimos como objetivo geral: Prevenir a perda de capacidade funcional na pessoa idosa hospitalizada.

Objetivos específicos:

1. Promover cuidados básicos gerais à pessoa idosa hospitalizada nas dimensões de maior vulnerabilidade (sono, alimentação, incontinência, confusão, quedas, pele, depressão, infeções nosocomiais, problemas com a medicação) de forma a prevenir o declínio funcional de acordo com o nível de comprometimento da pessoa idosa
2. Implementar a avaliação da capacidade funcional no idoso hospitalizado
3. Monitorizar a capacidade funcional do idoso hospitalizado
4. Conhecer a variação de capacidade funcional do idoso hospitalizado, entre as duas semanas que precedem o internamento, a admissão e a alta hospitalar.

4.3 População alvo

A população alvo foram pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, com risco declínio funcional, sujeitos a internamento hospitalar num período superior a três dias. Considerámos as 72 horas como o período mínimo para traçar um plano de cuidados, diagnosticar e intervir nas situações de maior vulnerabilidade. Por outro lado, um dos fatores de risco para declínio funcional são os períodos prolongados de hospitalização.

4.4 Instrumentos de avaliação da pessoa idosa

Construímos de um instrumento de avaliação multidimensional do cliente para avaliação global da pessoa idosa com os seguintes conteúdos:

- dados socio-demográficos (idade, sexo, escolaridade, coabitação, situação familiar, relações familiares, situação económica, genograma e ecomapa familiar);
- história global de saúde (doenças crónicas diagnosticadas, medicação habitual, comportamentos aditivos e diagnóstico médico que motiva hospitalização);
- capacidade funcional pelo índice de Barthel (Mahoney & Barthel, 1965; Araújo, Pais-Ribeiro, Oliveira, Pinto & Martins, 2007);
- Avaliação das atividades instrumentais de vida diária pela escala de Lawton-Brody (Lawton & Brody, 1969); versão adaptada por Sequeira (2007);
- Estado cognitivo pela avaliação breve do estado mental (MMSE) (Folstein, Folstein McHugh, 1975; Guerreiro et al 1998);
- Avaliação do estado nutricional, pela MNA: *mini nutritional assesement* (Nestle nutrition institute, 1990; Loureiro, 2008);
- Estado afetivo pela escala depressão geriátrica, de 15 itens (Mendonça & Guerreiro, 2007);
- Risco de úlcera por pressão, pela escala de Braden (Bergstrom, Braden, Laguzza & Holman, 1987; Ferreira, Miguéns, Gouveia & Furtado, 2007);
- Instrumento de avaliação de equilíbrio e quedas, índice de Tinetti (Tinetti, 1986; Silva et al, 2008);
- Instrumento de avaliação de dor de acordo com a Norma da Direção de Enfermagem do Centro Hospitalar Lisboa Norte;
- Avaliação de estado confusional pelo método de avaliação de confusão (CAM), (Inouye et al, 1990; Sampaio & Sequeira, 2013).

4.5 Autoformação: aquisição de competências de avaliação da pessoa idosa com risco de declínio funcional

Prosseguimos ações de autoformação com a revisão de literatura de evidência científica para o planeamento de cuidados de enfermagem e aquisição de competências para a avaliação global da pessoa idosa.

4.5.1 Revisão de literatura de evidência científica para o planeamento de cuidados de enfermagem

A revisão da literatura permitiu-nos alicerçar conhecimentos em cuidados especializados à pessoa idosa, na prevenção do declínio funcional na pessoa idosa hospitalizada, foi a linha norteadora para fundamentar intervenções de enfermagem, com base na evidência científica (Craig & Smyth, 2004). As fontes utilizadas foram as bases de dados científicas: SciELO - Scientific Electronic Library Online e EBSCOhost, acedendo-se neste último às bases de conhecimento científico: MEDLINE with full text, CINAHL Plus with full text, COCHRANE DATABASE OF SYSTEMATIC REVIEWS e ainda o centro de documentação da ESEL. As palavras-chave utilizadas foram: functional capacity, functional status, functional decline, prevention, risk factors, hospital, caregiver, nursing, nursing care, nursing diagnosis.

4.5.2 Estágio na comunidade

Com o intuito de adquirir competências na avaliação global da pessoa idosa desenvolvemos estágio na comunidade, no gabinete de apoio social e recursos gerontológicos onde se realiza a Avaliação Funcional Global da Pessoa Idosa e Avaliação Clínica Integrada, cita na unidade de saúde santa casa Dr. José Domingos Barreiros.

Em junho de 2012 conhecemos o local de estágio e alguns dos elementos da equipa, realizamos uma entrevista com a enfermeira-chefe, debatemos as nossas inquietações, iniciámos a conceptualização de metodologia de projeto e delineamos os objetivos.

As atividades desenvolvidas, em Outubro de 2012, passaram pelo acompanhamento de clientes, observação de consultas multidisciplinares, entrevistas aos intervenientes, análise dos dados colhidos, redação em notas de campo do observado, diários de aprendizagem e, por fim, elaboramos recomendações nos aspetos a melhorar na consulta e seguimento clínico da pessoa idosa. Esta estratégia, de utilização de notas de campo e entrevista a peritos na

avaliação global da pessoa idosa coaduna-se com as recomendações para o desenvolvimento de autoconhecimento das capacidades das pessoas com doença crónica e/ou incapacitante e seus familiares (OE, 2011).

A unidade de Avaliação Funcional Global da Pessoa Idosa da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa situada na Unidade de Saúde Santa Casa Dr. José Domingos Barreiros tem como área de influência as freguesias de Marvila, Beato e Olivais, acolhe na sua consulta idosos vulneráveis da área metropolitana de Lisboa. A missão do gabinete de apoio social e recursos gerontológicos é a promoção da saúde da população idosa da cidade de Lisboa, com atenção prioritária aos cuidados de saúde no âmbito da dependência e reabilitação.

O objetivo é avaliar o idoso, numa dimensão abrangente e multifatorial, analisando o risco de incapacidade e dependência, identificando os problemas de saúde e propondo orientações preventivas, no sentido da melhoria da qualidade de vida e manutenção da independência.

A equipa multidisciplinar é composta por um enfermeiro especialista em reabilitação (enfermeira especialista em saúde comunitária e enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, que colaboram com a unidade), especialidades médicas de Medicina Interna, Cardiologia, Neurologia, Psiquiatria, Medicina Dentária, Oftalmologia, Ginecologia e Urologia (diariamente trabalham na unidade dez médicos), conta com um protocolo de parceria com o hospital de Sant'Ana para a especialidade de ortopedia, duas psicólogas clínicas, assistente social, nutricionista e técnicos de diagnóstico e terapêutica (Cardiopneumologia, Ortopédia e Higiene Oral).

A avaliação clínica integrada é realizada após encaminhamento por médico assistente. Consiste num acompanhamento multidisciplinar com consulta de enfermagem, avaliação psicológica e cognitiva, consulta de Medicina Interna e posterior agendamento de MCDT, referência a consulta de especialidade médica, nutrição e dentista, entre outros, de acordo com as necessidades constatadas.

O papel do enfermeiro na equipa multidisciplinar de saúde no Centro de Avaliação Geriátrica e Recursos Gerontológicos é a colaboração na avaliação funcional global da pessoa idosa, realiza o questionário sociodemográfico, avaliação antropométrica (IMC, perímetro abdominal, parâmetros vitais), hábitos e vigilância de saúde (vacinação, alergias, alimentação), avaliação de dor, MNA, teste GU&G, teste de acuidade visual, teste de acuidade auditiva e aplicação do método de avaliação biopsicossocial.

No que respeita aos hábitos e vigilância de saúde são validados pontos cruciais como a medicação em curso e quem prepara, vigilância de peso, tensão arterial e glicémia, alergias, consumo tabágico e etanólico e vacinação. O despiste de diminuição da acuidade auditiva é realizado através do teste do sussurro, a 30 cm de cada ouvido e fora do horizonte visual do idoso sussurrar três palavras que a pessoa deve repetir se ouve.

No decorrer da consulta procura-se a congruência de informação colhida: MMSE e quem gere a medicação, relato de dor e terapêutica analgésica em tabela terapêutica, dieta adequada às patologias, tempo de GU&G e necessidade de ajudas técnicas, valores tensionais e vigilância de tensão arterial, relato de quedas e despistar alteração do equilíbrio e défices visuais não corrigidos, estado emocional e relacionamento social.

As escalas de depressão geriátrica e de qualidade de vida e saúde são aplicadas pelo assistente social, o estado cognitivo é avaliado pela psicóloga.

No decorrer deste estágio sentimos esta experiência como enriquecedora para a aquisição de competências como enfermeira especialista na avaliação global da pessoa idosa, assim como, observação das intervenções independentes e interdependentes do enfermeiro inserido na equipa multidisciplinar. Todavia, reconhecemos algumas limitações, são elas:

- Falta de cruzamento de dados com a ARS e SNS, há relatos de encontro de equipas USF e da unidade de cuidados de saúde da Santa Casa da Misericórdia, no domicílio do cliente, evidenciando má gestão de recursos.
- Não existe um relatório preliminar com indicações básicas, o relatório de avaliação da pessoa idosa é elaborado nos três meses seguintes,

podendo levar mais tempo (há descrição de relatórios incompletos iniciados há um ano). É desejável uma avaliação de necessidades mais célere e intervenções básicas de imediato. O vetor tempo é de extrema importância para esta população.

- A ligação com outras Unidades de Saúde da Santa Casa para reabilitação e manutenção da funcionalidade na idosa é ténue e pouco solicitada, como é o exemplo do Hospital de Sant'Ana.
- Reconhecemos durante a nossa passagem pela unidade de cuidados algum nível de desmotivação, o projeto foi iniciado em 2008 e tem vindo a sofrer várias reestruturações e cortes orçamentais, por último, sofreu a mobilização física da equipa para as instalações da Unidade de Saúde Santa Casa Dr. José Domingos Barreiros.
- O trabalho em equipa sofre alguns momentos de clivagem, nomeadamente na aplicação de escalas.

4.6 Intervenções de enfermagem para prevenção de declínio funcional na pessoa idosa hospitalizada de acordo com a evidência científica

De Novembro de 2012 a Fevereiro 2013 e de Outubro 2013 a Dezembro 2013 realizámos o segundo período de estágio decorreu no Hospital de Santa Maria, serviço de medicina IB.

4.6.1 Intervenção na equipa: formação

O serviço de medicina IB é constituída por 5 equipas de médicas, uma enfermeira-chefe, 3 enfermeiros especialistas, 14 enfermeiros generalistas, uma psicóloga, uma assistente social, uma nutricionista e uma administrativa.

De forma capacitar a equipa para a prestação de cuidados básicos à pessoa idosa hospitalizada que previne o declínio funcional, desenvolvemos as seguintes atividades:

- Apresentação do projeto intitulado: "Declínio Funcional no Idoso Hospitalizado"

- Criação da Mail List SPICE, troca de endereços eletrônicos e partilha de artigos científicos por via eletrónica
- Moderação e discussão de artigos científicos
- Construção um documento para consulta com as intervenções básicas de enfermagem nas vulnerabilidades da pessoa idosa (apêndice VII).
- Realização de planos de cuidados de acordo com os diagnósticos de enfermagem identificados, em função de resultados esperados mensuráveis por um período, com intervenções de enfermagem ajustadas às necessidades identificadas
- Implementação de intervenções de enfermagem de acordo com as necessidade identificadas de forma a prevenir o declínio funcional na pessoa idosa hospitalizada

4.6.2 Intervenção na pessoa idosa e família

Na prática diária planeamos e realizamos intervenções básicas gerais à pessoa idosa e família, com intervenção de prática clínica, de forma a cumprir os objetivos de aprendizagem planeamos, a aquisição e desenvolvimento de atividades enquanto candidata a enfermeira especialista:

- Prática clínica com seleção de casos complexos;
- Elaboração formal de dois estudos de caso, em casos clínicos complexos;
- Prestação de cuidados básicos à pessoa idosa hospitalizada nas dimensões de maior vulnerabilidade, de forma a prevenir o declínio funcional de acordo com os autores de referência (apêndice VII);
- Monitorização de capacidade funcional no período: duas semanas previas à admissão hospitalar e alta.

4.7 Indicadores de avaliação

Na avaliação da projeto consideramos os seguintes indicadores:

- Envolvimento da equipa nas atividades, discussão e planeamento de intervenções à pessoa idosa;

- Monitorização de preenchimento da avaliação sistemática de capacidade funcional;
- Planeamento de intervenções de enfermagem de acordo com o índice de Barthel;
- Monitorização de intervenções clínicas à pessoa idosa com risco de declínio funcional.

4.8 Questões éticas

De acordo com as competências vinculadas pela ordem dos enfermeiros no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal assumimos o desenvolvimento uma prática profissional e ética assim como a promoção de práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Na execução do projeto de estágio delineamos objetivos e atividades, assegurando os aspetos éticos, o decurso da implementação do projeto de estágio espelha a nossa conduta profissional habitual, de responsabilidade profissional, preservação de deveres éticos e deontológicos.

A realização do estágio de autoformação decorreu com a aprovação da Enfermeira Diretora da Santa Casa da Misericórdia (Anexo I). O projeto teve a aprovação pela enfermeira diretora do Hospital de Santa Maria e pela Comissão de Ética para a Saúde (Anexo II). Elaborámos o consentimento informado e esclarecido de acordo com os princípios éticos e os valores do Código Deontológico dos Enfermeiros (OE, 2009) (Apêndice I). A colheita e tratamento de dados decorreu de forma anónima, esclarecemos o carácter voluntário da participação podendo a qualquer momento desistir da participação sem qualquer prejuízo para o mesmo.

No que respeita ao cuidado à pessoa idosa e/ou família, dependendo do estado cognitivo do doente, foi pedido o consentimento informado após explicação de objetivos e procedimentos.

5. Execução do projeto e discussão de resultados

O planeamento de atividades foi seguido da execução do projeto, na nossa prática diária a reflexão constante acompanhou a nossa intervenção de Novembro de 2012 Fevereiro 2013 e de Setembro 2013 a Novembro 2013. Executamos um conjunto de atividades que dão resposta aos objetivos que nos propusemos para dar cumprimento ao projeto. Prosseguimos com a apresentação das intervenções e discussão de resultados de acordo com a prática clínica de cuidados básicos à pessoa idosa que previnem o declínio funcional.

5.1 Intervenção em equipa

Em reunião de equipa foi apresentado o projeto, clarificámos o problema, apresentar os objetivos e as atividades previstas, com o intuito de envolver e integrar toda a equipa no projeto. Foi fundamental que todos os elementos da equipa estivessem envolvidos, sentindo-se parte integrante e relevante do projeto (Ruivo et al, 2010). Esclarecemos a pertinência do tema, a intervenção ideal no cuidado à pessoa idosa e abrimos espaço a dúvidas e sugestões.

A troca endereços eletrónicos entre os elementos da equipa de enfermagem permitiu criar um grupo de trabalho com domínio eletrónico, para partilha de conhecimento científico pertinente no que respeita aos principais problemas descritos nos idosos. Planeámos reunir a equipa uma vez, de três em três semanas, explorámos o problemas e as intervenções básicas de enfermagem, em diferentes níveis de atuação, quando há o potencial problema e quando o problema se efetiva. Os artigos apresentados assentam em pontos fulcrais, permitiram refletir sobre a intervenção de enfermagem em cada estadio.

Das condições de vulnerabilidade destacamos a confusão como aquela que necessitava de aperfeiçoamento emergente, dada a sua prevalência e efeitos

deletérios na pessoa idosa, influenciando negativamente as outras condições marcador de vulnerabilidade no idoso.

De forma a motivar a equipa questionámos a nossa prática do dia-a-dia, quando caracterizámos os nossos clientes como confusos. As intervenções de enfermagem são habitualmente céleres, de forma a evitar acidentes. Contudo, falha a reflexão acerca das causas da confusão, fatores de risco, fatores predisponentes, prevenção do fenómeno, avaliação e monitorizar, que espaço há para o reforço da dignidade da pessoa confusa e o efeito cumulativo nas outras condições de vulnerabilidade.

Lee, V. (2005). Confusion: geriatric self-learning module. *Official journal of the academy of medical-surgical nurses*, 14(1), 38-41

Fundamentou o cuidado à pessoa idosa de acordo com as suas necessidades e condições marcador definidas no acrónimo SPICES. Clarificamos do conceito delirium, não utilizado pela equipa nas referências à pessoa idosa. As intervenções de enfermagem estão claras e sucintas, valorizando medidas de prevenção. Evidenciámos os benefícios da prevenção do fenómeno para pessoa idosa hospitalizada e para a equipa multidisciplinar.

Aird, T., & McIntosh, M. (2004). Nursing assessment. Nursing tools and strategies to assess cognition and confusion. *British Journal of Nursing*, 13(10), 621-625.

Na prática diária observámos que a descrição da orientação dos clientes, em notas de enfermagem e em momento de passagem de turno, se baseia na ECG, sem descrição de início do fenómeno ou pormenores do estado confusional, observamos a ausência de descrição de intervenções de enfermagem realizadas, exceto administração de medicação em SOS. Discutimos a segurança *versus* dignidade, distinguimos os conceitos de delirium, confusão aguda, confusão crónica e demência. Como instrumentos de avaliação de função cognitiva apresentamos a MMSE e método de avaliação da confusão, o CAM que, não sendo instrumentos complexos, exigem audácia na observação e avaliação da pessoa idosa.

Na sequência da condição marcador confusão consideramos pertinente abordar o sono. A grande parte dos episódios de desorientação são observados no

período noturno e a qualidade do sono está francamente diminuída no ambiente hospitalar.

Missildine, K. (2008). Sleep and the sleep environment of older adults in acute care settings. *Journal Of Gerontological Nursing*, 34(6), 15-21.

Moderamos a apresentação de uma enfermeira a problemática da privação e fragmentação do sono, a existência de picos de ruído e luminosidade no período noturno, repercussão noutros sistemas e aumento de incidentes. Definimos intervenções básicas que melhoram a qualidade do sono no idoso hospitalizado sem interferir com a qualidade dos cuidados prestados. Promovemos medidas higiénicas do sono, tendo em conta as necessidades de cada cliente e as suas preferências e sugerimos algumas alterações comportamentais nas rotinas da equipa.

Na discussão dos problemas da pessoa idosa hospitalizada seguiu-se a pele e úlceras por pressão. Embora se realizasse a avaliação sistemática e monitorização das intervenções de enfermagem, consideramos emergente a necessidade de aperfeiçoamento, a pele do idoso tem particularidades específicas no que respeita à viabilidade tecidular e ao processo de cicatrização. Os enfermeiros são por excelência peritos no que respeita a tratamento de feridas, realizam muitas horas de formação e despendem de muitas horas de cuidados na prevenção e tratamento de feridas e úlceras por pressão. Um enfermeiro aceitou o desafio de discutir os artigos que abordam a temática, focando os pontos de necessidade de aperfeiçoamento.

Jones, M. (2011). The prevention and management of skin tears. *Nursing & Residential Care*, 13(9), 418.

Considerando os pontos críticos a melhorar na equipa procurámos desmistificar procedimentos excessivos de hidratação da pele, distinguimos as lacerações de pele e úlceras por pressão, validámos conhecimentos de viabilidade tecidular, promovemos o uso de material atraumático, descrevemos a iatrogenia como a principal causa de lesões da pele no idoso hospitalizado, promovemos intervenções de enfermagem ajustadas às necessidades do cliente idoso, por exemplo, no desbridamento de feridas.

Na prevenção primária do fenómeno damos especial relevância à necessidade de hidratação e lubrificação da pele, planeamos abordagens minimamente traumáticas e utilização de adjuvantes de remoção de apósitos.

Arora, et al (2007). Using assessing care of vulnerable elders quality indicators to measure quality of hospital care for vulnerable elders. *Journal of the american geriatrics society*, 55(11), 1705-1711.

No que respeita ao risco e cuidado de úlceras por pressão, debatemos a necessidade de prevenção, atuando nos fatores de risco. Destacamos importância de cumprimento de todo o ciclo na abordagem e tratamento, sendo o desbridamento da ferida em tempo útil um indicador qualidade de cuidados à pessoa idosa, muitas vezes com ferida crónica.

A apresentação e discussão dos referidos artigos assenta nas competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crónica e paliativa. Com as atividades desenvolvidas tivemos a oportunidade usar o mais recente e pertinente conhecimento científico, direcionado a nossa prática de cuidados para as pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, e suas famílias, em contexto de prática clínica, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida, diminuindo o seu sofrimento e constrangimentos da hospitalização (OE, 2011).

No que respeita às restantes condições marcador da vulnerabilidade na pessoa idosa não tivemos oportunidade de discussão com a equipa, por dificuldades de agendamento, por sobrelotação do serviço e indisponibilidade de novas sessões. No cumprimento das atividades divulgamos as intervenções básicas de enfermagem nas vulnerabilidades da pessoa idosa (apêndice VII).

Na execução do projeto usamos competências específicas de liderança para a melhoria de cuidados e organização das reuniões científicas. Usamos como aliados peritos (a enfermeira-chefe e especialista em reabilitação) que promoveram uma motivação adicional, um clima de aprendizagem e partilha, na interação do grupo.

No decorrer do projeto diagnosticámos necessidades formativas no cuidado básico à pessoa idosa, estabelecemos uma relação de confiança com o grupo, gerámos discussão, demonstrámos conhecimentos e sua aplicabilidade na prestação de cuidados personalizados, especializados, sistemáticos, seguros e competentes, essenciais para a manutenção do bem-estar da pessoa idosa. Fomos um agente facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade, fazendo uso de instrumentos de investigação com a discussão de artigos científicos. Avaliámos o impacto da formação nos pares pela da observação de mudança de comportamentos, pela interpelação de colegas aquando da aplicação de novas medidas e pela introdução de novos conceito na caraterização dos clientes.

Outras atividades decorreram no período de estágio envolvendo a equipa, realizámos planos de cuidados de acordo com os diagnósticos de enfermagem identificados, em função de resultados esperados mensuráveis, com intervenções de enfermagem ajustadas às necessidades identificadas. Reconhecemos a pertinência do nosso papel na divulgação e aplicação de escalas de avaliação geriátrica, capacitando os elementos das equipas para o seu uso, sempre que pertinente. A avaliação, diagnóstico e intervenção nas necessidades da pessoa idosa baseou-se numa intervenção rigorosa e sistemática demonstrando perícia.

A nossa forma de estar, as nossas atividades e intervenções são um exemplo para os pares. Atuamos na equipa para melhoria contínua da excelência e qualidade dos cuidados de acordo com a responsabilidade profissional, ética e legal. Clarificámos as particularidades do hospital que potenciam o risco de declínio funcional na pessoa idosa. Discutimos a organização e coordenação da equipa na prestação de cuidados. As horas de cuidados mais intensivos são propícias a incidentes e não facilitam o processo de cura (King, 2006). Os incidentes críticos ocorrem nas horas de maior intensidade de cuidados, é o caso das lacerações de pele iatrogénicas (Jones, 2011).

A promoção de humanização dos cuidados passou por sensibilizar a equipa para procedimentos básicos de forma sistematizada, como seja: orientação

frequente para a realidade, sem confrontar, desejar "*boa noite*", "*bom dia*", com linguagem clara e simples, falar pausadamente, manter o contato ocular direto, manter a coerência entre linguagem verbal e não-verbal, adequar tom de voz, explicar de procedimentos e atitudes terapêuticas, facilitar a expressão de sentimentos, explicar a necessidades de mudança de ambiente (na realização de exames ou mudança de quartos), adotar medidas para atenuar a mudança de ambiente (manutenção de objetos pessoais, fotografias), permitir o uso de objetos pessoais, tranquilizar o cliente, gerir o ambiente que o rodeia, evitar movimentos bruscos, promover de reforço positivo de atitudes e comportamentos desejados, fomentar cumprimento de medidas higiênicas do sono, promover do ato de aconchegar a roupa, adquirir e facilitar posturas e posicionamentos confortáveis, facilitar o acesso à campainha, privar tanto quanto possível de medidas invasivas, removendo-as tão cedo quanto possível (fios e tubos), promover a reflexão acerca do uso de medicação delirógena, adequar a alimentação e promover o trabalho em parceria com a família. As intervenções básicas de enfermagem nas vulnerabilidades da pessoa idosa constam no apêndice VII.

A adoção de medidas básicas de humanização do cuidar marcam a diferença na satisfação. Solicitamos à equipa para refletir acerca dos cuidados prestados, desde a admissão hospitalar; neste momento, são espoliados bens, fornecida roupa do hospital, são privados do seu espaço e objetos pessoais.

A necessidade de desenvolvimento de competência de gestão e liderança surge na prática diária de cuidados, numa conjuntura de crise financeira, cada vez mais nos apercebemos quão valiosos e finitos são os recursos. Colaboramos na reflexão da gestão de recursos, sempre que pertinente. Um dos exemplos é "*abuso*" de fralda e promoção de incontinência, que ocorre em cerca de 20% dos casos (Zisberg et al, 2011). Outro exemplo é o uso ajuste de via terapêutica, dar primazia à via oral e vulgarização do uso de cateteres subcutâneos. Procuramos demonstrar que a utilização dos recursos de forma eficiente promove a excelência na qualidade dos cuidados de forma adequada e justa, ajustando o uso dos recursos disponíveis para quem mais precisa.

Na prática diária de cuidados, sempre que pertinente, despertamos os pares para a procura, a necessidade atualização constante de conhecimento e

aperfeiçoamento, essencial no processo de cuidar, na elaboração de diagnósticos, na definição de soluções para resolução de fenómenos. Aceitarmos o desafio que o sucesso da longevidade nos proporciona, *dar vida aos anos*, gerindo recursos finitos de forma justa.

Como vimos os registos de enfermagem são indispensáveis para assegurar a continuidade dos cuidados. Muito embora os enfermeiros reconheçam os registos como garantia de qualidade e continuidade dos cuidados, na prática diária destacam os aspetos técnicos, existência e manipulação de dispositivos e intervenções interdependentes, descurando aspetos relativos ao cuidar (Martins et al, 2008). Procuramos melhorar este défice na equipa. A sala de refeições é frequentemente usada como uma unidade de cuidados no período noturno em doentes agitados que destabilizam a restante enfermaria, quando não existe outra possibilidade. Procurámos esclarecer na equipa importância da referência deste tipo de atividades em notas de enfermagem, que não acontecia, sendo esta uma medida válida de gestão do ambiente para a pessoa com confusão aguda.

No cuidado à pessoa idosa, promovemos a prática de cuidados tenha em conta as dotações seguras. Muito embora não haja consenso generalizado na literatura relativamente à definição de dotações seguras, o conceito pode definir-se por "estabelecer de forma quantitativa e qualitativa, as necessidades de pessoal de enfermagem, para prestar cuidados a um determinado grupo de clientes" (Frederico & Leitão, 1999, p.113). Ressalvamos que as dotações seguras definem-se para além dos números (INC, 2006).

Desempenhamos atividades no período da manhã, correspondente a sete horas, estima-se as horas de cuidados necessários num serviço de medicina por doente, seja 6,33horas por dia, tendo como referência o valor médio dos anos 2008 e 2009. Os períodos de estágio decorrem em época sazonal de contingência, com uma taxa de ocupação sempre superior aos 100% que se situou nos 145% parte considerável do estágio, sem possibilidade de haver ajuste de enfermeiros grande parte dos dias. Ainda que às horas de cuidados indicadas se deva diminuir 13,5%, correspondente ao apoio prestado aos cuidados de enfermagem pelos assistentes operacionais, ou

outras profissões equiparadas, os rácios fica aquém do desejado (OE & Ministério da Saúde, 2011).

Neste cenário sentimos algumas dificuldades em definir estratégias de intervenção e do agendamento de atividades extra. No que respeita ao cumprimento de responsabilidades e competências comuns do enfermeiro especialista promovemos práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais. A intervenção na equipa passou por reconhecer o risco, colaborar intensamente na prática de cuidados, à semelhança da enfermeira-chefe e enfermeira especialista, assegurando os cuidados que não comprometam a segurança, a privacidade e a dignidade da pessoa (OE, 2011).

5.2 Intervenção na pessoa idosa e família

As primeiras semanas de estágio foram momentos de reflexão sobre as práticas observadas, priorizamos a nossa intervenção no cuidado especializado, tendo em conta as necessidades da pessoa idosa e família e as necessidades de aperfeiçoamento da equipa. As notas de campo integraram listas de sistematização de intervenção, auxiliaram a reflexão e planeamento de atividades.

Os planos de cuidados elaborados tiveram na sua génese uma rigorosa colheita de dados, tendo em conta as fragilidades e vulnerabilidades da pessoa idosa, aplicámos instrumentos de sistematização de colheita de dados na avaliação dos clientes. A elaboração e aplicação do instrumento de colheita de dados permitiu a prestação de cuidados sensíveis às necessidades da pessoa idosa. A aplicação das escalas de avaliação, permite-nos vislumbrar a importância da avaliação sistemática e monitorização do cliente, na identificação e perceção das necessidades, realizando intervenções de enfermagem ajustadas aos dados mensuráveis. Percebemos a emergência de aplicação das escalas para fundamentar intervenções, tão importantes no idoso, para a manutenção de qualidade de vida e bem-estar.

No processo de aprendizagem enquanto candidata a enfermeira especialista desenvolvemos atividades com a pessoa idosa e família de acordo com critérios de emergência e necessidade de cuidados complexos. Um caso complexo resulta da interação variáveis relacionadas: a patologia, socio-demográficos, profissionais de saúde e com a política de saúde (Gao, et al, 2014). Assim, é exigida uma intervenção específica, muito ponderada de forma a dar resposta a necessidades complexas.

Na elaboração dos estudos de caso analisámos de forma sistemática o cuidado a clientes com necessidade de cuidados complexos. O estudo de caso define-se como uma investigação aprofundada de um indivíduo, família, grupo ou organização (Fortin, 1999). A metodologia de estudo de caso ajudou-nos compreender a dinâmica de um fenómeno complexo e global, no idoso hospitalizado e sua família, as suas necessidades e papel do enfermeiro especialista.

O estudo de caso 1 refere-se a um cliente de 80 anos, casado, reformado há dois anos, com literacia diferenciada, boas condições económicas e habitacionais, reside no rés-do-chão de um prédio e tem segunda habitação de férias. Até à data independente para a satisfação das atividades de vida diária, usa, raramente, bengala de apoio. O cliente depara-se, pela primeira vez, com a doença grave e incapacitante, com necessidade de imobilidade no leito, com queixas de dor intensa, irruptiva, que abala a sua qualidade de vida de forma dramática e fá-lo repensar o sentido da vida, referiu-nos algumas vezes preferir morrer.

Quanto ao risco de declínio funcional destacamos a idade, diagnóstico médico reservado, internamento prolongado, repouso no leito, dor, risco elevado de queda, depressão e uso de polimedicação (Hoogerduijum et al, 2010).

A motivação para analisarmos o caso 1 são as oportunidades de aprendizagem e intervenções complexas, no âmbito do cuidado à pessoa e família, com doença incapacitante; o cliente apresentava múltiplos fatores de risco para declínio funcional. Pudemos constatar os efeitos do síndrome de imobilidade num idoso que tem facilidade em relatar vivências e sentimentos, com literacia diferenciada, excelente suporte familiar, que até ao surgimento deste episódio, nunca se havia deparado com uma situação de doença grave.

Monitorizamos a funcionalidade do cliente pelo índice de Barthel. A funcionalidade basal no caso 1 era de 100, na admissão apresentava 35, com declínio progressivo, apresentando um valor mínimo de 10, com recuperação lenta e progressiva, na data de alta apresenta 75. Consideramos que sem as medidas de intervenção especializadas de prevenção de declínio funcional a sua condição de saúde ter-se-ia agravado mais ainda, com um nível de dependência mais elevado. A família esteve intensamente envolvida no processo de cuidar.

O cliente descreveu o contexto de hospitalização como uma oportunidade de aprendizagem e construção da sua identidade de idoso, por se confrontar pela primeira vez com a doença, pela riqueza da dramática experiência, reconhecendo o trabalho da profissão de enfermagem na sua recuperação, obviamente inserido numa equipa multidisciplinar.

O estudo de caso 2 refere-se a um cliente de 82 anos, institucionalizado há cerca de um ano, com défice na situação socioeconómica, sem apoio familiar próximo, havia apenas a sobrinha, que residia longe e não teve a oportunidade de visitar o tio durante a hospitalização, pelo que não tivemos uma intervenção próxima da família. Identificamos os seguintes fatores de risco: condição física débil previamente à hospitalização, diagnóstico médico reservado, com intensificação progressiva de tratamentos invasivos, inúmeras co-morbilidades, declínio no estado nutricional, risco elevado de queda, alteração da cognição, elevado número de dias de internamento, mudança hospital, défice na situação socioeconómica e uso de polimedicação (Hoogerduijum et al, 2010).

O caso 2 culminou em morte do cliente. No cuidado à pessoa idosa consideramos pertinente explorar o caso com múltiplos pontos de fragilidade. Vivenciámos, em equipa, o cuidar em fim de vida, à luz do olhar do enfermeiro especialista, analisámos as vulnerabilidades da pessoa idosa em fim de vida. Dada a complexidade do caso, o prognóstico era reservado, a cada dia a intervenção da equipa de saúde sofreu uma constante atualização dos planos de cuidados. Inicialmente, foram instituímos tratamentos intensivos e invasivos como hemodiálise, algaliação e VNI, com a progressiva resposta desfavorável aos

tratamentos invasivos, intensificámos as ações paliativas, privilegiando o bem-estar, conforto e reforçando a dignidade.

O índice de funcionalidade basal no caso 2 era de 60, na admissão apresentava 10, com declínio progressivo até falecer. Com as medidas de intervenção especializadas promovemos o conforto e bem-estar, aliviamos o sofrimento e sintomas descontrolados, tais como a dor e dispneia, reforçamos a identidade e dignidade no final da sua vida.

A elaboração dos estudos de caso implicou a avaliação e diagnóstico das necessidades da pessoa com doença crónica, incapacitante e terminal, ao nível físico psicoemocional, espiritual e sociofamiliar, identificamos os sintomas descontrolados, segundo a sua prioridade e intensidade, utilizando escalas e ferramentas que consideramos pertinentes, de forma sistemática. Os planos de cuidados foram, em tempo útil, reestruturados tendo em conta a agudização do doença e reavaliação do estado de saúde, assim como, os resultados previstos em cada situação de cuidados.

Esta a atividade permitiu-nos explorar, atualizar e aperfeiçoar a prática de cuidados, facilitou a aquisição de perícia no cuidado à pessoa idosa, na prevenção de declínio funcional no idoso hospitalizado e na intervenção na família, à luz da Teoria do autocuidado.

As atividades realizadas espelham a pertinência de estabelecer prioridades na prestação de cuidados, a proteção da identidade e dignidade da pessoa idosa, de acordo com princípios código deontológico, promovendo a autonomia e maximizando a sua qualidade de vida, respeitando a perspetiva do próprio, ou quando este não consegue expressar a sua vontade, como é o caso 2 considerando os seus interesses presumidos e aliviando o sofrimento.

No cumprimento dos nossos objetivos de concretização de aprendizagem partilhámos cuidados com outros clientes, família e equipa multidisciplinar. Nas nossas atividades fomentamos o envolvimento da equipa de enfermagem na

promoção de cuidados básicos à pessoa idosa com reforço das intervenções autónomas. A família esteve, tanto quanto possível, presente como parceira na construção e atualização do plano de cuidados, traçamos objetivos em conjunto. Destacamos a nossa intervenção de apoio e suporte particular, de modo continuado, nas perdas sucessivas apresentadas pelo idoso (OE, 2011), alicerçados na máxima de que qualquer perda vem sempre cedo demais.

A nossa intervenção específica com medidas não farmacológicas de alívio e controlo de sintomas serve como um exemplo para os pares, fomentamos o ajuste de medidas farmacológicas, clarificando a singularidade da pessoa idosa no uso de fármacos. Planeamos, em equipa, o ajuste de horários ou medidas preventivas (por exemplo a oferta regular de dispositivos de eliminação a clientes sob diuréticos, promovendo a sua habitual continência e prevenindo as quedas por levantes não supervisionados após realização de diuréticos).

Na prestação de cuidados sentimos que a intervenção singular de um enfermeiro pode mudar um plano de cuidados, desde que use instrumentos pertinentes, eficientes, sensíveis, fiáveis e válidos. Gostaria de ressaltar que os profissionais com quem partilhei cuidados em equipa refletem um cuidar empático, com um empenho singular à pessoa idosa, demonstrando que bons práticas de cuidados, significam ações diferentes de pessoa para pessoa.

De seguida apresentámos os clientes com os quais partilhamos cuidados diferenciados, de acordo com as prioridades estabelecidas, com planos de cuidados sensíveis e personalizados, para clientes complexos, com múltiplos fatores de risco de declínio funcional durante a hospitalização.

Dos clientes e famílias com as quais partilhamos cuidados selecionámos 12, segundo critérios de emergência de prática clínica, complexidade e oportunidade de aquisição e desenvolvimento de competências enquanto enfermeira especialista inserida numa equipa multidisciplinar.

Tabela 3

Caraterização de clientes, idade, dias de internamento e índice de funcionalidade durante a hospitalização

		Nº (%)	$\bar{x} \pm \sigma$	min.-máx.
Sexo	Masculino	8(67%)		
	Feminino	4(33%)		
Idade			80 \pm 5	73-93
Dias de Internamento			21 \pm 23	4-75
Índice de funcionalidade Basal			70 \pm 37	0-100
Índice de funcionalidade na admissão			37 \pm 35	0-100
Índice de funcionalidade na alta			48 \pm 36	0-100

Dos 12 clientes apresentados, um estava institucionalizado e voltou para a instituição onde residia, um foi institucionalizado no mesmo local que a esposa, um encaminhado para o hospital da área de residência enquanto aguarda vaga em UCP, dois faleceram, os restantes voltaram para o domicílio. No planeamento de alta era desejável para o local proveniência, sem declínio funcional (Boyd et al, 2008).

De acordo com a nossa avaliação global os clientes apresentam as seguintes particularidades:

- idade avançada;
- alto risco de queda e alteração do equilíbrio, monitorização pelo índice de Tinetti (Tinetti, 1986; Silva et al, 2008);
- 9 com reinternamentos frequentes por agudização de doença crónica;
- 2 por lesão aguda inerente à condição de fragilidade no idoso (quedas);
- 9 com múltiplas co-morbididades;
- 6 com doença neoplásica com metastização dessiminada;
- 6 apresentam défice funcional moderado a grave (ou seja, índice \leq 0-90), previamente, à admissão, avaliado pelo índice de Barthel (Mahoney & Barthel, 1965; Araújo, Pais-Ribeiro, Oliveira, Pinto & Martins, 2007);

- 8 déficit funcional moderado a grave na admissão, avaliado pelo índice de Barthel;
- 3 com déficit no apoio socioeconómico;
- 8 com déficit cognitivo (analfabetos ≤ 15 pontos; 1 a 11 anos de escolaridade ≤ 22 e com escolaridade superior a 11 anos ≤ 27), monitorizado pelo MMSE (Folstein, Folstein McHugh, 1975; Guerreiro et al 1998);
- 9 com necessidade de imobilidade/repouso prolongado no leito;
- 8 com défices na comunicação e expressão de sentimentos, sendo que dos que comunicam, 3 revelam com suspeita de depressão (>5) monitorização pela escala depressão geriátrica, de 15 itens (Mendonça & Guerreiro, 2007), com discurso de perda de sentido de vida;
- 9 com risco de desnutrição, 3 com perda completa de via oral durante o internamento, um deles usou sonda nasogástrica por disfagia grave, em contexto de AVC em fase aguda, com recuperação e alta com via oral mantida. Monitorização pela MNA (*Nestle Nutrition Institute*, 1990; Loureiro, 2008);
- 2 com sintomas descontrolados, como dor, delirium, ferida neoplásica sangrante; monitorização pelo CAM (Inouye et al, 1990; Sampaio & Sequeira, 2013) e pelo instrumento de avaliação de dor de acordo com a Norma da Direção de Enfermagem do Centro Hospitalar Lisboa Norte;
- uma cliente com alteração de papel de cuidadora (passou de cuidadora da mãe para cuidada por déficit de funcionalidade moderado).

Dos casos que acompanhamos prestamos cuidados de acordo com as necessidades dos clientes baseadas na evidência científica:

- Remoção precoce de dispositivos invasivos, não invasivos, uso de fralda;
- Minimização de iatrogenia na continência de esfíncteres (efeitos secundários de antibioterapia e do aumento de aporte de fluídos e diuréticos); estabelecemos horários de eliminação;
- Aplicação progressiva de ações paliativas, com minimização do sofrimento e reforço da dignidade da pessoa;

- Gestão de casos complexos em equipa multidisciplinar;
- Apoio à família ansiosa pelo agravamento do estado geral e sinais de mau prognóstico, sintomas malignos descontrolados, acompanhamento no processo e preparação para o luto; assistimos nos cuidados *post-mortem* no idoso;
- Gestão da comunicação, gestão do ambiente, promoção de medidas de alívio de sofrimento, controlo de sintomas malignos, gestão de ferida neoplásica, reforço da dignidade, transmissão de más notícias e busca de sentido da vida;
- Promoção da presença da família presente no processo de cuidar; gerir apoio dos de pessoas familiares e pessoas significativas;
- Apoio na exaustão do cuidador, apoio à família que se revelou incapaz de cuidar em domicílio, pela complexidade do caso;
- Preparação para a alta: na prevenção de quedas, prevenção de exposição ao perigo e encaminhamento para reabilitação;
- Gestão de ferida neoplásica na região sagrada de 30cm x 20cm, sangrante, dor descontrolada e delirium;
- Gestão de terapêutica em SOS, com contatos frequentes com equipa médica de urgência interna para titulação de terapêutica analgésica e de sedação;
- Encaminhado para hospital da área de residência; para a EGA e referenciação para recursos da comunidade (ECCI e UCP);
- Alívio de sofrimento, controlo de dor e reforço da dignidade;
- Manutenção de treino nas atividades de vida diária, com prevenção de síndrome de imobilidade, alimentação em sala própria, comunicação eficaz, gestão de ambiente calmo, não confrontação em períodos de confusão;
- Abandono de fralda, oferecida periodicamente a possibilidade de ir ao wc;
- Gestão de cuidados em domicílio: sugestão de cuidadora em tempo parcial, no período em que o cliente não está em centro do dia;
- Promoção de alta precoce; internamento breve, instituída antibioterapia em domicílio, dando primazia à via oral;
- Educação ao cliente e família, de prevenção de queda.

No que respeita ao cumprimento de responsabilidades e competências do enfermeiro especialista, planeámos e participámos ativamente num projeto, que poderá ter uma aplicação a nível institucional, numa perspetiva de melhoria de cuidados, gerindo e otimizando os cuidados da equipa multidisciplinar (OE, 2010). Implementámos a avaliação da capacidade funcionalidade, de forma sistemática, através do índice de Barthel. Os dados colhidos orientam a prestação de cuidados, permitindo conhecer as capacidades da pessoa idosa e suas necessidades.

No que respeita à gestão de recursos, encontramos no local de estágio recursos que vão de encontro às necessidade dos clientes. Para a promoção de dotações seguras, necessitamos de fazer algumas sugestões, como foi o exemplo de troca de pilhas nos relógios existentes em duas das sete enfermarias, nas restantes existia relógio analógico a funcionar. Em todas as camas é possível elevar grades e baixar o plano, possuem triângulo de apoio para realizar exercícios ativos e luz de baixa intensidade para o período noturno, com manutenção regular.

O serviço dispõe de cadeiras de duche em quantidade necessária para prestar cuidados de higiene no chuveiro, barras de apoio, porém, o chão não é antiderrapante. Consultados os dados de notificação de quedas de forma a sugerir intervenção para chão antiderrapante. Os dados não são relevantes, o local de maior incidência de quedas é no o corredor.

No que respeita a outras ajudas técnicas possui canadianas e andarilhos para realizar treino de marcha, corrimãos nos corredores e luzes de presença para o período noturno.

5.2.1 Atividades realizadas na avaliação do projeto

A avaliação das intervenções enquanto enfermeira especialista foram-se efetivando ao longo da implementação do projeto, quando observávamos a implementação de cuidados de intervenção básicas no cuidados à pessoa idosa, realizámos o reforço positivo aos pares sempre que o observamos.

Com a introdução das reuniões científicas e disponibilização de um documento de intervenção boas práticas no cuidado à pessoa idosa, nos marcadores de maior vulnerabilidade, promovemos a reflexão sobre práticas e introduzimos novas intervenções de forma sistemática.

Procedemos à realização de uma auditoria na última semana de estágio na qual obtivemos uma adesão no preenchimento integral do índice de Barthel de 100%. Obtivemos 13% de inconformidades correspondendo a três processos. Num destes a escala não havia sido aplicada e já estávamos nas 48h de internamento. Nos dois restantes foram preenchidos apenas 96 horas após a admissão.

No que respeita aos registos de enfermagem há ainda um longo caminho a percorrer, ainda que a equipa seja motivada a introduzir nas suas notas de evolução alguns pormenores relativos ao cuidado da pessoa idosa e sua família, sentimos necessidade de reinventar a escrita, observa-se a utilização de um discurso repetitivo padrão com pouco pormenor, sem referência ao humor, com informação ambígua, descreve tarefas, não estão centrados na identificação de problemas, intervenções, potencialidades do cliente e resultados obtidos; evidenciando os aspetos técnicos e relacionados com as intervenções interdependentes (Martins et al, 2008). Reconhecemos a falta de uma estratégia que permita implementar a execução de planos de cuidados que descreva as intervenções de enfermagem de forma rigorosa. Uma nova estratégia está em implementação com o processo clínico informatizado, já disponível em alguns serviços pioneiros do CHLN (segundo a informação veiculada pela enfermeira supervisora).

No que respeita ao declínio funcional nos idosos com quem trabalhamos, muito embora tenham sido realizadas medidas proativas e sistemáticas para a prevenção de declínio funcional nem sempre atingimos o objetivo. Sentimos o desfecho de morte de alguns idosos com os quais partilhamos cuidados como uma ocorrência inevitável, dadas as co-morbilidades, evolução desfavorável e intercorrências incontrolláveis, e não como uma derrota, especialmente porque promovemos a adequação do nível de intensidade de cuidados curativos e introdução de ações paliativas.

Enquanto equipa multidisciplinar gerimos os cuidados promovendo dignidade, privacidade e segurança da pessoa idosa. No que respeita aos cuidados à pessoa em fim de vida a equipa revelou-se madura, permeável à reflexão, pensamos que esta atitude assertiva seja promovida pela liderança, uma vez que a enfermeira chefe é mestre e especialista Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente do cuidado à pessoa idosa.

Durante a hospitalização, identificamos fatores de risco para o declínio funcional, realizamos as intervenções de enfermagem pertinentes para prevenção de declínio funcional, contudo, nem todos os clientes foram privados de declínio funcional na data de alta. Consideramos os objetivos cumpridos, uma vez que atuamos nas necessidades globais da pessoa idosa e necessidades de suporte da família. Desde o dia de admissão intervimos de forma a conhecer a pessoa idosa e família, realizámos uma avaliação multidimensional, intervindo quando há exaustão do cuidador, quando os cuidados que o idoso necessita são mais complexos do que aqueles que a família é capaz de prestar.

A divulgação do projeto foi realizado pelas equipas de medicina do CHLN de acordo com o estabelecido pela enfermeira supervisora, de forma a motivar os líderes das equipas para a utilização de projetos que identifiquem as necessidades de cuidados de enfermagem e visem uma dinâmica de melhoria contínua da qualidade de cuidados de enfermagem (OE, 2001). A pedido da enfermeira chefe da medicina 1A apresentamos o nosso projeto à equipa, posteriormente, será constituído um grupo de intervenção e iniciar-se-á a implementação de avaliação de capacidade funcional na referida unidade. A medicina 2D iniciou um projeto de intervenção que beneficia e solidifica a avaliação sistemática de capacidade funcional, cruzando os dados com a avaliação sistemática de dor e capacidade funcional, de forma a conhecer as repercussões da dor na satisfação das atividades básicas de vida diária e planear intervenções de enfermagem.

A implementação da avaliação sistemática de capacidade funcional nos referidos serviços é uma mais-valia em projetos futuros de avaliação e determinação de perfil funcional dos clientes hospitalizados.

5.2.2 Implicações do projeto para a prática de enfermagem

O enfermeiro especialista têm o dever de procura permanente da excelência do exercício profissional, usando o processo de enfermagem para resolução de problemas à luz de filosofia de uma teoria de enfermagem. Ao explorar situações-problema, realizar diagnóstico de situação, planejar e realizar atividades temos como finalidade fundamental uma dinâmica de melhoria contínua da qualidade de cuidados de enfermagem (OE, 2001). Esperamos que esta forma de estar na enfermagem seja apreendida pelos pares, a relação com os intervenientes foi tão próxima e complementar.

Este revelou-se um treino de extrema relevância pessoal e para a equipa de enfermagem nos seguintes pontos:

- Aplicação de projeto de intervenção que visa a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem, procura da excelência do exercício profissional, promoção da seguranças e prevenção de complicações na pessoa idosa hospitalizada;
- Implementação de projetos com rigor científico, uso de instrumentos de investigação e aplicação de escalas pertinentes no cuidado à pessoa hospitalizada;
- Promoção de cuidados básicos à pessoa idosa hospitalizada de prevenção de declínio funcional;
- Promoção de reuniões científicas, usando o mais recente e pertinente conhecimento científico, na situações-problema identificada na pessoa idosa hospitalizada;
- Fortalecimento e proteção do exercício profissional de intervenções autónomas da enfermagem;
- Fortalecimento de intervenções interdisciplinares no cuidado ao cliente hospitalizado.

5.2.3 Limitações da implementação do projeto

Quanto as limitações do estudo reservamos uma taxa de ocupação do serviço, superior aos 100%. Situou-se nos 145% uma parte considerável em época sazonal de contingência, sem possibilidade de haver ajuste de enfermeiros grande parte dos dias. Com esta limitação sentimos alguma dificuldade no agendamento de atividades como as reuniões científicas, para além das reuniões do plano de formação já agendadas para o serviço.

Na nossa avaliação o tempo para o desempenho de atividades é escasso, permanece a vontade de partilhar mais atividades. Todos os momentos são tão ricos para a nossa aprendizagem, desenvolvimento pessoal e profissional enquanto especialista de enfermagem, no cuidado à pessoa idosa.

A equipa de enfermagem revelou-se muito madura na abordagem à pessoa com doença crónica e nos cuidados em fim de vida, todavia, a intervenção específica está, ainda, a dar os primeiros passos. O paradigma vigente é predominantemente curativo, sentimos que a intensificação dos cuidados em fim de vida é muito próxima da morte.

Os grupos multidisciplinares que desenvolvem atividade neste âmbito são solicitados com pouca frequência: unidade de dor aguda, unidade de dor crónica e equipa intrahospitalar de cuidados paliativos. Ainda assim, os enfermeiros são sensíveis ao bem estar dos clientes e estão na vanguarda dos cuidados à pessoa com doença crónica.

6. Considerações finais

O desenvolvimento deste projeto espelha a nossa experiência pessoal, profissional e académica, com uma perspetiva vanguardista no cuidado a pessoa idosa em situação crónica e paliativa. Sabemos que no decorrer do processo de envelhecimento a pessoa idosa e família assistem a uma sucessão de perdas, *que vêm sempre cedo demais*, com esta certeza damos primazia à prevenção de perda de capacidade funcional e à manutenção da qualidade de vida.

O presente projeto de intervenção permitiu-nos uma reflexão sistemática e diferenciada sobre o problema do declínio funcional na pessoa idosa hospitalizada. A sistematização no planeamento das intervenções progressivas e abrangentes permitiu-nos um crescimento ao longo da implementação do projeto, mobilizar conhecimentos, adquirir e desenvolver competências até atingirmos o nível de perito.

No contexto comunitário adquirimos competências na avaliação global da pessoa idosa em contexto familiar. No contexto hospitalar, inseridos na equipa multidisciplinar, prestamos de cuidados ao idoso e suas famílias, de avaliação global da pessoa e sua da família, assumindo de um papel dinamizador na capacitação dos pares e divulgação mais pertinente e recente conhecimento científico no cuidado à pessoa idosa.

O sucesso da intervenção teve início na excelente integração na equipa, na promoção do trabalho em equipa e a aprendizagem contínua promovida pelas reuniões científicas e pela prática clínica diária especializada, sensíveis às necessidades e capacidades dos clientes.

A cada momento assumimos a responsabilidade de cuidar o cliente e família com intervenções básicas, específicas e especializadas, valorizando as intervenções autónomas, de acordo com as recomendações nacionais e internacionais para prevenção do declínio funcional durante a hospitalização.

Figurámos como um exemplo para os nossos pares, demonstrando o nosso trabalho de avaliação de cada cliente e família com os instrumentos pertinentes que permitem avaliar e monitorizar, construir e atualizar planos de cuidados individualizados e realistas, assim como, registos de enfermagem personalizados que asseguram a continuidade de cuidados.

Os planos de cuidados têm em conta a situação de fragilidade e vulnerabilidade, dando primazia à qualidade de vida, promoção e reforço da identidade do idoso, promovendo autonomia, preservando a dignidade, diminuindo o sofrimento, maximizando o conforto e bem-estar (OE, 2011).

A prestação de cuidados aos clientes complexos, com fatores de risco de declínio funcional, promoveu o desenvolvimento e aquisição de competências específicas humanizadas. A empatia foi a nossa maior motivação na prática diária, procuramos colocarmo-nos no lugar daquele que recebe cuidados, este foi sem dúvida o pontos-chave de reflexão diária. Os nossos cuidados são, com certeza, mais humanizados. O alvo das nossas intervenções são o cliente e sua família, a *nossa* prioridade são as suas necessidades e não agenda de cuidados do hospital.

No envolvimento e implementação deste projeto consolidamos a funcionalidade como um marcador importantíssimo de saúde em idosos hospitalizados. Os enfermeiros são como um recurso humano fundamental na manutenção de capacidade funcional, marcando a diferença no quotidiano dos clientes e das famílias, equipa multidisciplinar, promovendo a sua participação ativa, autónoma e responsável na prevenção de declínio funcional.

No desempenho das nossas atividades cumprimos o nosso intuito, numa prestativa futura, asseguramos a manutenção da capacitação dos profissionais no âmbito do cuidado à pessoa idosa. O projeto vai prolongar-se por veículo de outros colegas, dando continuidade ou fazendo uso da implementação de avaliação sistemática de capacidade funcional. Caracterizamos o nosso papel como ativo na melhoria da saúde dos clientes, famílias e comunidade, influenciando positivamente os cuidados em saúde. Este projeto dá visibilidade às necessidades da pessoa idosa hospitalizada, com doença crónica,

incapacitante e/ ou terminal, assim como, à enfermagem enquanto profissão, podendo influenciar políticas de saúde futuras, com intervenção do enfermeiro especialista.

No âmbito do 3º curso de mestrado em enfermagem médico-cirúrgica, área de especialização à pessoa idosa, demosmos o desenvolvimento e aquisição de competências de enfermeiro especialista em contexto prática clínica especializada à pessoa idosa e família, gestão dos cuidados em saúde, aplicação de instrumentos de investigação e formação da equipas.

Consideramos o desenvolvimento deste projeto como uma mais-valia no estreitamento das relações entre teoria e prática, entre a Escola Superior de Enfermagem e os campos de estágio. A escola, comunidade e hospital são organismos vivos em constante evolução, interdependentes. A aquisição de competências de especialista só foi possível com a interação de instituições de ensino e prestação de cuidados, na comunidade e hospital, numa sinergia que facilitou a aprendizagem, desenvolvimento e aquisição de competências, num clima de aprendizagem contínua, ainda que este seja um processo inacabado.

O papel dos enfermeiros especialistas e de futuros enfermeiros especialistas é acrescido de grande responsabilidade na formação de pares, dedicação e motivação para implementação, orientação de novos projetos.

O vínculo estabelecido com a enfermeira supervisora, enfermeira-chefe, equipa de enfermagem e equipa médica permitiu-nos reconhecer o potencial da equipa para implementação do projeto, reconhecer as necessidades de aperfeiçoamento da equipa e selecionar os nossos clientes alvo, com necessidade de cuidados complexos, sob tutoria da nossa orientadora.

Referências bibliográficas

- Aberg, A., Sidenvall, B., Hepworth, M., O'Reilly, K., & Lithell, H. (2005). On loss of activity and independence, adaptation improves life satisfaction in old age – A qualitative study of patients' perceptions. *Quality of Life Research*, 14, 1111-1125.
- Anderson, O., Boshier, P., & Hanna, G. (2012). Interventions designed to prevent healthcare bed-related injuries in patients. *The Cochrane Database Of Systematic Reviews*, 1CD008931. doi:10.1002/14651858.CD008931.pub3
- Araújo, F., Pais-Ribeiro, J., Oliveira, A., Pinto, C., & Martins, T. (2008). Validação da escala de Lawton e Brody numa amostra de idosos não institucionalizados. In Leal, J. Pais-Ribeiro, I. Silva & S. Marques (Eds.), *Actas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (217-220). Lisboa: ISPA.
- Araújo, F., Ribeiro, J., Oliveira, A. & Pinto C. (2007). Validação do índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública* 25 (2), 59-66.
- Arora, V., Johnson, M., Olson, J., Podrazik, P., Levine, S., Dubeau, C., Sachs, G. & Meltzer, D. (2007). Using assessing care of vulnerable elders quality indicators to measure quality of hospital care for vulnerable elders. *J Am Geriatr Soc* 2007;55:1705-1711
- Asmus-Szepesi, K., de Vreede, P., Nieboer, A., van Wijngaarden, J., Bakker, T., Steyerberg, E., & Mackenbach, J. (2011). Evaluation design of a reactivation care program to prevent functional loss in hospitalised elderly: a cohort study including a randomised controlled trial. *BMC Geriatrics*, 11:36. doi:10.1186/1471-2318-11-36
- Baltes, M. & Silverberg, S. (1995). A dinâmica da dependência-autonomia no curso de vida. In Neri, L. (org) *Psicologia do Envelhecimento: Tópicos seleccionados numa perspectiva do curso de vida*. Campinas:Papirus.

- Bierman, M., & Arlene, S. (2004). Functional Status The Sixth Vital Sign. *Journal of General Internal Medicine*, 18(11), 785-786. doi: 10.1111/j.1525-1497.2001.10918.x
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Coimbra: Edições Quarteto.
- Borgman-Gainer, M. (2000). Função independente: movimento e mobilidade. In Hoeman, S. *Enfermagem de reabilitação: processo e aplicação*. 2ª Ed. Lisboa: Lusociência. XXXI, p.251-297.
- Botelho, M. (2000). *Autonomia Funcional em Idosos. Caracterização multidimensional em idosos utentes de um centro de saúde urbano*. 1ª ed. Porto: Laboratórios Bial.
- Boyd, C. et al (2008). Recovery of activities of daily living in older adults after hospitalization for acute medical illness. *Journal Of The American Geriatrics Society*, 56(12), 2171-2179. doi:10.1111/j.1532-5415.2008.02023.x
- Cabete, D. (2008). *O idoso, a doença e o hospital. O impacto do internamento hospitalar no estado funcional e psicológico das pessoas idosas*. Lusociência: Loures
- Capra, S., Collins, C., Lamb, M., Vanderkroft, D., & Wai-Chi, S. (2007). Effectiveness of interventions for undernourished older patients in the hospital setting. *Best Practice*, 11, 1-4.
- Castle, S., Uyemura, K., Fulop, T. & Makinodan, T. (2007). Host resistance and immune responses in advanced age. *Clin Geriatr Med*, 23(3), 463-479.
- Cazeiro A. & Peres P. (2010). A terapia ocupacional na prevenção e no tratamento de complicações decorrentes da imobilização no leito. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*. 18(2), 149-16.
- Chen, C., Dai, Y., Yen, C., Huang, G., & Wang, C. (2010). Shared risk factors for distinct geriatric syndromes in older Taiwanese inpatients. *Nursing Research*, 59(5), 340-347.

- Chuang, K., Covinsky, K., Sands, L., Fortinsky, R., Palmer, R., & Landefeld, C. (2003). Diagnosis-related group-adjusted hospital costs are higher in older medical patients with lower functional status. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51(12), 1729-1734.
- Comissão Europeia (2010). Decisão do Parlamento Europeu e do Conselho relativa ao Ano Europeu do Envelhecimento Ativo (2012). Acedido em 31/01/2012
[http://www.europarl.europa.eu/meetdocs/2009_2014/documents/com/com_com\(2010\)0462_/com_com\(2010\)0462_pt.pdf](http://www.europarl.europa.eu/meetdocs/2009_2014/documents/com/com_com(2010)0462_/com_com(2010)0462_pt.pdf)
- Counsell, S. R., Holder, C. M., Liebenauer, L. L., Palmer, R. M., Fortinsky, R. H., & Kresevic, D. (2000). Effects of a multicomponent intervention on functional outcomes and process of care of hospitalized older patients: A randomized controlled trial of Acute Care for Elders (ACE) in a community hospital. *Journal of the American Geriatric Society*, 48(12), 1572–1581.
- Courtney, M et al (2011). A randomised controlled trial to prevent hospital readmissions and loss of functional ability in high risk older adults: a study protocol. *BMC Health Services Research*, 11:202. doi:10.1186/1472-6963-11-202
- Coutinho, C. (coord.) (2008) - *Investigação-Ação: metodologia preferencial nas práticas educativas*. Grupo de trabalho BESSA, F.; SOUSA, A.; VIEIRA, S.; FERREIRA, M.; DIAS, A. - Grupo FAADSAZE, Universidade do Minho, disponível em <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/10148>.
- Covinsky, K., Palmer, R., Fortinsky, R., Counsell, S., Stewart, A., Kresevic, D., & Landefeld, C. (2003). Loss of independence in activities of daily living in older adults hospitalized with medical illnesses: increased vulnerability with age. *Journal Of The American Geriatrics Society*, 51(4), 451-458.
- Dal Bello-Haas, V. (2009). Neuromusculoskeletal and movement function. In B. Bonder, V. Dal Bello-Haas & M. Wagner (Eds.), *Functional Performance in*

- Older Adults* (3ed). Philadelphia, Pennsylvania: F.A. Davis Company, 130-176.
- Dean, E. (2012). Reducing falls among older people in hospital. *Nursing Older People*, 24(5), 16-19.
- Dean, E., & De Andrade, A. (2009). Cardiovascular and pulmonary function. In B. Bonder, V. Dal Bello-Haas, M. Wagner (Eds.), *Functional Performance in Older Adults* (3ed). Philadelphia, Pennsylvania: F.A. Davis Company, 63-100.
- Decreto Lei n.º 104/98 de 21 de Abril. DR, I Série A. 93 (21-04-98), 1739- 1757.
- Dickinson, A., Welch, C. & Ager L. (2008). No longer hungry in hospital: improving the hospital mealtime experience for older people through action research. *Journal Clinical of Nursing* Jun, 17(11):1492-502.
- Farias, N. & Buchalla, C. (2005). A classificação internacional de funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial de Saúde: Conceitos, Usos e perspectivas. *Revista brasileira de Epidemiologia*, 8(2): 187-193.
- Ferreira, P. L., Miguéns, C., Gouveia, J., & Furtado, K. (2007). *Risco de desenvolvimento de úlceras de pressão: Implementação nacional da escala de Braden*. Loures: Lusociência
- Ferry, M. (2005). Strategies for ensuring good hydration in the elderly. *Nutrition Reviews*, 63(6), S22–S29.
- Fink, T., & Ross, J. (2009). Are we testing a true thin liquid?. *Dysphagia*, 24(3), 285-289. doi:10.1007/s00455-008-9203-y
- Folstein, M., Folstein, S., & McHugh, P. (1975). "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal Of Psychiatric Research*, 12(3), 189-198.
- Fontes, A., Fernandes, A. & Botelho, M., (2010). Funcionalidade e incapacidade: aspetos conceptuais, estruturais e de aplicação da Classificação

- Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 28(2):171-178.
- Fortin, M. (1999). *O Processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- Fortinsky, R., Covinsky, K., Palmer, R., & Landefeld, C. (1999). Effects of functional status changes before and during hospitalization on nursing home admission of older adults. *The Journals Of Gerontology. Series A, Biological Sciences And Medical Sciences*, 54(10), M521-M526.
- Frederico, M. & Leitão, M. (1999). *Princípios de administração para enfermeiros*. 1ª ed. Coimbra. Formasau.
- Fulmer, T. (2007). How to try this: Fulmer SPICES. *The American Journal Of Nursing*, 107(10), 40-48.
- Gallagher, A. (2004). Dignity and respect for dignity two key health professional values implications for nursing practice. *Nursing Ethics*, 11(6), 587-599.
- Gao, W., Gulliford, M., Bennett, M., Murtagh, F., & Higginson, I. (2014). Managing cancer pain at the end of life with multiple strong opioids: a population-based retrospective cohort study in primary care. *Plos One*, 9(1), e79266. doi:10.1371/journal.pone.0079266
- Gil, A. (2007). *Heróis do Quotidiano – Dinâmicas familiares na dependência*. Lisboa: Faculdade de Ciências Sociais e Humanas - Universidade Nova de Lisboa. Tese de Doutoramento em Sociologia.
- Gillis, A., & MacDonald, B. (2005). Deconditioning in the hospitalized elderly. *Canadian Nurse*, 101(6), 16-20.
- Givens, J., Jones, R., & Inouye, S. (2009). The overlap syndrome of depression and delirium in older hospitalized patients. *Journal Of The American Geriatrics Society*, 57(8), 1347-1353. doi:10.1111/j.1532-5415.2009.02342.x

- Gordge, L., De Young, J., & Wiechula, R. (2009). Reducing functional decline of older people in an acute-care setting: are we providing adequate care to maintain/optimize the functional status of our elder patients?. *International Journal Of Evidence-Based Healthcare*, 7(3), 181-186. doi:10.1111/j.1744-1609.2009.00139.x
- Graf, C. (2008). The hospital admission risk profile: the HARP helps to determine a patient's risk of functional decline. *The American Journal Of Nursing*, 108(8), 62-71. doi:10.1097/01.NAJ.0000327832.59406.26
- Guerreiro, M., Silva, A.P., Botelho, A., Leitão, O., Castro-Caldas, A., & Garcia, C. (1994). *Adaptação à população portuguesa da tradução do Mini Mental State Examination (MMSE)*. Coimbra: Reunião da Primavera da Sociedade Portuguesa de Neurologia.
- Hazzard, W. et al (1994). *Principles of Geriatric Medicine and Gerontology*. 3rd Ed. New York: McGraw Hill.
- Healey, F., Oliver, D., Milne, A. & Connelly, J. (2008) The effect of bedrails on falls and injury: a systematic review of clinical studies. *Age and Ageing*, 37:368–78.
- Heath, H., & Phair, L. (2011). Frailty and its significance in older people's nursing. *Nursing Standard*, 26(3), 50-55.
- Heaven, B., Bamford, C., May, C., & Moynihan, P. (2013). Food work and feeding assistance on hospital wards. *Sociology Of Health & Illness*, 35(4), 628-642. doi:10.1111/j.1467-9566.2012.01515.x
- Holmes, S. (2008). Nutrition and eating difficulties in hospitalized older adults. *Nursing Standard*, 11;22(26):47-57.
- Hoogerduijn, J. et al. (2010). Identification of older hospitalised patients at risk for functional decline, a study to compare the predictive values of three screening instruments. *Journal of Clinical Nursing*, 19(9-10), 1219-1225. doi:10.1111/j.1365-2702.2009.03035.x

- INE (2011). Censos - Resultados definitivos : Portugal - 2011. Portugal: Instituto Nacional de Estatística. Acedido a 12 de Agosto 2013. Disponível em: http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=censos2011_apresentacao.
- Inouye, S., van Dyck, C., Alessi, C., Balkin, S., Siegel, A., & Horwitz, R. (1990). Clarifying confusion: the confusion assessment method. A new method for detection of delirium. *Annals Of Internal Medicine*, 113(12), 941-948.
- Inouye, S., Bogardus, S., Charpentier, P., Leo-Summers, L., Acampora, D., Holford, T., & Cooney, L. (1999). A multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patients. *The New England Journal Of Medicine*, 340(9), 669-676.
- International Council of Nurses (INC). (2006). *Dotações seguras salvam vidas*. Genebra. 2006
- Jones, M. (2011). The prevention and management of skin tears. *Nursing & Residential Care*, 13(9), 418.
- Junkin, J., & Selekof, J. (2007). Prevalence of incontinence and associated skin injury in the acute care inpatient. *Journal Of Wound, Ostomy, And Continence Nursing: Official Publication Of The Wound, Ostomy And Continence Nurses Society / WOCN*, 34(3), 260-269.
- Kane, R., & Kane, R. (2000). *Assessing older persons: Measures, meaning, and practical applications*. New York: Oxford
- King, B. (2006). Functional decline in hospitalized elders. *Medsurg Nursing: Official Journal Of The Academy Of Medical-Surgical Nurses*, 15(5), 265-271.
- Lawton, M. & Brody (1969). Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*. 9, 179-186.

- Leblanc, K., & Baranoski, S. (2009). Prevention and management of skin tears. *Advances In Skin & Wound Care*, 22(7), 325-332. doi:10.1097/01.ASW.0000305484.60616.e8.
- Lee, V. (2005). Confusion: geriatric self-learning module. *Medsurg Nursing: Official Journal Of The Academy Of Medical-Surgical Nurses*, 14(1), 38-41.
- Loureiro, M. (2008). Validação do “mini-nutricional assesement” em idosos, dissertação de mestrado nutrição clínica, Coimbra, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.
- Madinier, I., Starita-Geribaldi, M., Berthier, F., Pesci-Bardon, C., & Brocker, P. (2009). Detection of mild hyposalivation in elderly people based on the chewing time of specifically designed disc tests: diagnostic accuracy. *Journal Of The American Geriatrics Society*, 57(4), 691-696. doi:10.1111/j.1532-5415.2009.02179.x
- Mahoney, F. & Barthel, D. (1965). Functional evaluation: the Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*, 14, 61-65.
- Margetts, B., Thompson, R., Elia, M., & Jackson, A. (2003). Prevalence of risk of under-nutrition is associated with poor health status in older people in the UK. *European Journal of Clinical Nutrition*, 57, 69–74.
- Marques, P. (2012). *O doente idoso com confusão e a acção de enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Martins, A. et al (2008). Qual o lugar da escrita sensível nos registos de enfermagem? *Revista Pensar Enfermagem*. 12(2), 52-61.
- Martins, M., Oliveira, A., Moreira, C., Santos, A., Martins, T., & Araújo, F. (2013). Falls of patients admitted to hospital, association with medication [Portuguese]. *Referência: revista científica da unidade de investigação em ciências da saúde: domínio de enfermagem*, (9), 105-114.

- Mattison, M. & Marcantonio, E. (2011). *Hospital management of older adults*.
Acedido a 12 de Agosto 2013. Disponível em:
<http://www.uptodate.com/contents/hospital-management-of-older-adults>
- Mendonça, A., & Guerreiro, M. (Coords.) (2007). *Escalas e testes na demência*.
Lisboa: Novartis.
- Milne, A., Potter, J., Vivanti, A., & Avenell, A. (2009). Protein and energy
supplementation in elderly people at risk from malnutrition. *The Cochrane
Database Of Systematic Reviews*, (2), CD003288.
doi:10.1002/14651858.CD003288.pub3
- Missildine, K., Bergstrom, N., Meininger, J., Richards, K. & Foreman, M. (2010).
Sleep in Hospitalized Elders: A Pilot Study. *Geriatric Nursing*, 31(4), 263-272.
- Moraes, E., Marino, M. & Santos, R. (2010). Principais síndromes geriátricas.
Revista Med Minas Gerais, 20(1), 54-66.
- Nestlé Nutrition Institute. (1990). MNA® Mini nutritional assesement. Acedido a
12 de Agosto 2013. Disponível em: <http://www.mna-elderly.com/default.html>
- NICE. (2013). Older people - independence and mental wellbeing: final scope.
Disponível em: <http://guidance.nice.org.uk/PHG/65/Scope/pdf/English>
- Nigam A. (2011) Senescence (Ageing): article – review. *Indian Journal of
Dermatology*, 56 (6): 615-621 ISSN: 0019-5154.
- Nikzad-Terhune, K., Anderson, K., Newcomer, R., & Gaugler, J. (2010). Do
trajectories of at-home dementia caregiving account for burden after nursing
home placement? A growth curve analysis. *Social Work In Health Care*, 49(8),
734-752. doi:10.1080/00981381003635296.
- Norman, D. (2000). Fever in the elderly. *Clinical Infectious Diseases: An Official
Publication Of The Infectious Diseases Society Of America*, 31(1), 148-151.
- Ordem dos Enfermeiros & Ministério da Saúde (2011). Guia de Recomendações
para o Cálculo da Dotação de enfermeiros no Serviço nacional de Saúde:

indicadores e valores de referência. Consultado em 10 de janeiro de 2014.
Disponível em:
<http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Paginas/RecomendacoesDotacoesEnfermeirosAplicaveisUnidades.aspx>

Ordem dos enfermeiros (2009) – Modelo de Desenvolvimento Profissional: Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem (Caderno Temático). Disponível em: www.ordemdosenfermeiros.pt

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Lisboa: Conselho de Enfermagem.

Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa. Lisboa: Conselho de Enfermagem. Obtido a 10/01/2014
<http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Paginas/MCEEMedico-Cirurgica-Legislacao.aspx>

Ordem dos Enfermeiros. (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem - Enquadramento concetual. Enunciados descritivos. Lisboa: Conselho de Enfermagem. Obtido a 10/01/2014, em:
<http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>

Orem, D., (1985). *Nursing concepts of practice*. (3ªed), Nova Iorque: McGraw-hill Book Company.

Organização Mundial de Saúde. (2003). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)*, Lisboa: Direção Geral de Saúde.

Organização Mundial Saúde. (2005). *Envelhecimento Ativo: uma política de saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.

Ostaszkievicz, J., O'Connell, B. & Millar, L. (2008). Incontinence: Managed or mismanaged in hospital settings? *Int J Nurs Pract*,14, 495-502.

- Parekh, R. & King, M. (2010). Preventing Loss of Function in Older Persons After Hospitalization, *Connecticut Medicine*, 24(1):12-16.
- Paúl, C. (2005). A construção de um modelo de envelhecimento humano. In C. Paúl & A.M. Fonseca (Coords.), *Envelhecer em Portugal: Psicologia, saúde e prestação de cuidados* Lisboa: Climepsi Editores, 21-45.
- Pereira, C.; Fonseca, C.; Escoval, A. & Lopes, M. (2011) Contributo para a classificação da funcionalidade na população com mais de 65 anos, segundo a Classificação Internacional de Funcionalidade. *Rev Port Saúde Pública*. 29(1):53-63
- Resnick, B. (2003). Preventing falls in acute care. In M. Mezey, T. Fulmer, I. Abraham (Eds.) & D. Zwicker (Managing Ed.), *Geriatric Nursing Protocols for Best Practice* (2ed.). New York: Springer Publishing Company, Inc, 141-164.
- Rich, S., Shardell, M., Margolis, D., & Baumgarten, M. (2009). Pressure ulcer preventive device use among elderly patients early in the hospital stay. *Nursing Research*, 58(2), 95-104. doi:10.1097/NNR.0b013e31818fce8e.
- Robbins, J., Gensler, G., Hind, J., Logemann, J., Lindblad, A., Brandt, D., & Miller Gardner, P. (2008). Comparison of 2 interventions for liquid aspiration on pneumonia incidence: a randomized trial. *Annals Of Internal Medicine*, 148(7), 509-518.
- Rochon, P. A. (2010). Drug prescribing for older adults. Acedido a 12 de Agosto 2013. Disponível em: <http://www.utdol.com>.
- Rogers, A. (1997). Vulnerability, health and health care. *Journal of Advanced Nursing*, 26(1), 65-72. doi:10.1046/j.1365-2648.1997.1997026065.x
- Rooij, S., Govers, A., Korevaar, J., Abu-Hanna, A., Levi, M., & de Jonge, E. (2006). Short-term and long-term mortality in very elderly patients admitted to an intensive care unit. *IntensiveCare Medicine*, 32(7), 1039-1044.

- Rubenstein, L. & Josephson, K. (2006). Falls and their prevention in the elderly: What does the evidence show? *Medical Clinics of North American*, 90 (5), 807–824.
- Ruivo, M.; Ferrito C.; Nunes, L. (2010). Metodologia de projecto: Colectânea descritiva de etapas. Percursos. Publicação da área disciplinar de enfermagem. ESSIP Setúbal. Nº 15. Março.
- Sager, M., Franke, T., Inouye, S., Landefeld, C., Morgan, T., Rudberg, M., Siebens, H., & Winograd, C. (1996). Functional Outcomes of Acute Medical Illness and Hospitalization in Older Persons. *Arch Intern Med*;156(6):645-652.
- Sampaio, F. & Sequeira, C. (2013). Tradução e validação do Confusion Assessment Method para a população portuguesa. *Rev. Enf. Ref*, 3(9).
- Sequeira, C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Silva, A. (2008). Equilíbrio, coordenação e agilidade de idosos submetidos à prática de exercícios físicos resistidos. *Rev Bras Med Esporte*,14(2), 88-93.
- Schulz, R., Belle, S., Czaja, S., McGinnis, K., Stevens, A., & Zhang, S. (2004). Long-term care placement of dementia patients and caregiver health and well-being. *JAMA: The Journal Of The American Medical Association*, 292(8), 961-967.
- Swanlund, S., Scherck, K., Metcalfe, S., & Jeseck-Hale, S. (2008). Keys to successful self-management of medications. *Nursing Science Quarterly*, 21(3), 238-246.
- Taylor-Ford, R., Catlin A., LaPlante M., & Weinke C. (2008). Effect of a noise reduction program on a medical-surgical unit. *Nursing Research*, 17, 74-88.
- Tinetti, M. E. (1986). Performance-oriented assessment of mobility problems in elderly patients. *The Journal of the American Geriatric Society*, 34 (2), 119-126.

- Touhy, T. & Jett, K. (2010). *Ebersole and Hess' Gerontological Nursing & Healthy Aging*, (3ed). Mosby Elsevier. ISBN-13: 978-0323057011.
- Veras, R. (2009). Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev Saúde Pública* 2009;43(3):548-54
- Wakefield B., Holman J. (2007) Functional trajectories associated with hospitalization in older adults. *Western Journal of Nursing Research*, 29(2), 161-77.
- WHO. (2002). *Active Ageing, A Policy Framework. A contribution of the WHO to the Second United Nations World Assembly on Ageing*, Madrid, Spain, Acedido a 10 de Janeiro de 2014: http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=1&ved=0CCoQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwhqlibdoc.who.int%2Fhq%2F2002%2Fwho_nmh_nph_02.8.pdf&ei=9eUPU8qJGsSBhAehwYCIaw&usg=AFQjCNGklumXC9ERJwxqRd5j61dry_HAaw&bvm=bv.61965928,d.bGQ
- Wilkins, S., Letts, L., & Richardson, J. (2009). Evaluation of functional performance. In B. Bonder, V. Dal Bello-Haas, M. Wagner (Eds.), *Functional Performance in Older Adults* (3ed) Philadelphia, Pennsylvania: F.A. Davis Company, 427-448.
- Xia, C. & McCutcheon, H. (2006). Mealtimes in hospital - who does what? *Journal Clinical of Nursing*; 15. 1221–1227.
- Zanuy, M. & Sanz, M. (2004). Malnutrición en el anciano. In: Candela CG., Fernández JMR. *Manual de recomendaciones nutricionales en pacientes geriátricos*. Barcelona: Novartis Consumer Health S.A. 35-42.
- Zisberg, A., Sinoff, G., Gur-Yaish, N., Admi, H., & Shadmi, E. (2011). In-hospital use of continence aids and new-onset urinary incontinence in adults aged 70 and older. *Journal Of The American Geriatrics Society*, 59(6), 1099-1104. doi:10.1111/j.1532-5415.2011.03413.x

Zisberg, A., Shadmi, E., Sinoff, G., Gur-Yaish, N., Srulovici, E., & Shochat, T. (2012). Hospitalization as a turning point for sleep medication use in older adults: prospective cohort study. *Drugs & Aging*, 29(7), 565-576. doi:10.2165/11632350-000000000-00000

Anexo I - Autorização de estágio pela enfermeira diretora da unidade de Saúde
Dr. José Domingos Barreiros da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa

SANTA CASA

Misericórdia de Lisboa. Por boas causas.

Exmo.(a) Senhor(a)
Coordenadora do 2º Ciclo
Prof. Doutora Maria Antónia Rebelo Botelho
Av. do Brasil, 53-B
1700-063 LISBOA

s/ referência

s/ comunicação

n/ referência
DISP 384/2012

Data
27/09/2012

ASSUNTO: Pedido de autorização de estágio no âmbito do 3º mestrado de enfermagem – área de especialização enfermagem médico cirúrgica – vertente pessoa idosa

Na sequência do vosso ofício ref. 002656, datado de 30/07/2012, informa-se que foi autorizado o pedido de estágio para a Sra. Enfermeira Sandra Parreira, na nossa Unidade de Saúde Santa Casa Dr. José Domingos Barreiro, conforme solicitado.

Com os melhores cumprimentos,

A Enfermeira Directora
da Direcção da Saúde de Proximidade


Anabela Santos

Largo Trindade Coelho Apartado 2059 1102-803 Lisboa Codex – Tel 21 323 50 00 Fax 21 323 50 60

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
DE LISBOA
ENTRADA
Nº 6963/1007
DATA: 4/10/2012
REFERÊNCIA:

Anexo II - Aprovação do projeto de estágio pela enfermeira diretora e pela Comissão de Ética para a Saúde do CHLN



Exma. Senhora
Enfermeira
Sandra Cristina dos Santos Baptista
Parreira
Serviço de Medicina 2 D

Assunto: Pedido de autorização para a implementação do projecto de estágio intitulado "Declínio funcional no idoso hospitalizado" inserido no 3º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica e Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica - vertente da Pessoa Idosa

Vimos por este meio informar que se encontra autorizada a implementação do projecto de estágio intitulado "Declínio funcional no idoso hospitalizado" no Serviço de Medicina 1 B, inserido no 3º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica e Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica - vertente da Pessoa Idosa, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Os melhores cumprimentos,

CHLN-HSM, 11 de Novembro de 2013

A Enfermeira Directora

Catarina Batucis
Catarina Batucis
Enfermeira Directora

AR/

DIRECÇÃO DE
ENFERMAGEM - GFIE

Av. Professor Egas Moniz
1649-035 LISBOA
Tel: 217 805 224 – Fax: 217 805 647

Alameda das Linhas de Torres, 117
1769-001 LISBOA
Tel: 217 548 000 – Fax: 217 548 215

CENTRO HOSPITALAR
LISBOA NORTE, EPE



HOSPITAL DE
SANTAMARIA



Hospital
Pulido Valente

Exma. Senhora
Enf. Sandra Parreira
Serviço de Medicina IB
Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE.

Refª DIRCLN -24OUT2013 - 0332

Assunto: Projeto de Investigação "Declínio Funcional no Idoso hospitalizado"

Tenho o gosto de informar V. Exa. que o estudo em epígrafe foi aprovado pela Comissão de Ética para a Saúde do CHLN, e autorizado pela signatária a esta data.

Com os melhores cumprimentos,

A Diretora Clínica

Prof. Doutora Maria do Céu Machado

/CS

DIRECÇÃO
CLÍNICA

Av. Professor Egas Moniz
1649-035 LISBOA
Tel: 217 805 000 – Fax: 217 805 610
www.chln.pt

Alameda das Linhas de Torres, 117
1769-001 LISBOA
Tel: 217 548 000 – Fax: 217 548 215

www.chln.pt

Apêndices

CONSENTIMENTO INFORMADO

Sou Enfermeira a exercer funções no Centro Hospitalar Lisboa Norte, Serviço de Medicina 2D. Estando atualmente a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem área de especialização em enfermagem médico-cirúrgica à pessoa idosa da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, pretendo implementar um projeto, cujo tema é “Declínio funcional no idoso hospitalizado”, sob a orientação da Professora Doutora Graça Melo.

Este projeto tem como finalidade implementar boas práticas nos cuidados de enfermagem à pessoa idosa.

O objetivo geral: Prevenir a perda de capacidade funcional na pessoa idosa hospitalizada.

Venho pedir a sua autorização para participar no conjunto de doentes que serão integrados no grupo de intervenção.

Neste caso será necessário efetuar uma avaliação global do estado de saúde nas primeiras 48 horas após a admissão e a monitorização do estado funcional.

Asseguramos que os cuidados prestados constam de orientações nacionais (Direção Geral de Saúde) e internacionais de boas práticas de cuidados de enfermagem.

Toda a informação que for facultada é anónima. As suas respostas não vão implicar na continuidade ou direção do seu tratamento. A qualquer altura poderá desistir de pertencer ao projeto.

Qualquer informação, dos dados colhidos ou de resultado poderão ser fornecidos em contato com direto por email: sandraparreira@hotmail.com.

Agradeço-lhe desde já a sua disponibilidade na colaboração deste projeto.

Os meus melhores cumprimentos,

Sandra Parreira

Tomei conhecimento,

(a sua assinatura: Cliente ou familiar responsável no período de hospitalização)

Apêndice II - Auditoria inicial aos registros de enfermagem

Manha										T
Alimentação	Transferência	Toilete	Utilização do wc	Banho	Mobilidade	Subir e descer escadas	Vestir	Controlo intestinal	Controlo urinário	Cama
Alimentação	Transferência	Toilete	Utilização do wc	Banho	Mobilidade	Subir e descer escadas	Vestir	Controlo intestinal	Controlo urinário	25
Não colaborante. Prestados cuidados de higiene no leito										26
Posicionado										27
Dependente nas AVDs										28
Alimentou-se autonomamente. Urinou. Autocuidou-se no wc										29
Dependente nas AVDs. Prestados cuidados de higiene e conforto no leito										30
Cuidados de higiene com ajuda parcial										31
Independente. Alimentou-se moderadamente										32
X										33
X										34
Cuidados de higiene e conforto prestados no leito. Posicionado e massajado. Mantem dieta 0. DVF de urina concentrada. Feito teste de deglutição com água por o doente referir polidipsia tendo ingerido 8 copos										35
Prestados cuidados de higiene no leito com ajuda total. DVF de urina ligeiramente concentrada moderado débito. Posicionada e massajada. Alimentada às refeições. Evacuu fezes moles escuras em moderada quantidade.										36
Dependente nas avds. Posicionado e massajado. Alimentou-se bem e tolerou. Sonda vesical permeável com urina clara com sedimento. Evacuu fezes pastosas castanhas em moderada quantidade.										37
X										38
Evacuu fezes castanhas em moderada quantidade. Permaneceu em repouso no leito. Prestados cuidados de higiene no leito										39
Alimentou-se e tolerou. Autoosiciona-se no leito.										40
Prestados cuidados de higiene no leito. Alimentada às refeições e tolerou. Urinou e não evacuou.										41
Cuidados de higiene e conforto prestados no leito. Posicionada e massajada. Alimentada da totalidade da dieta fornecida, boa mastigação e deglutição.										42
Prestados cuidados de higiene no leito com ajuda total. Urinou na arrastadeira. Não evacuou.										43
Cuidados de higiene prestados no leito. Recusou levantar para cadeirão. Alimentada oralmente e tolerou. Evacuu fezes pastosas em moderada quantidade										44
DVF com baixo débito de urina hemática.										45
Autocuidou-se no wc. Alimentou-se e hidratou-se.										46
Prestados cuidados de higiene no leito. DVF com débito regular de urina clara										

Implementação da avaliação da capacidade funcional no idoso hospitalizado

Prevenção de declínio funcional

Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica vertente pessoa idosa

Sandra Parreira

Orientadora: Prof. Doutora Graça Melo

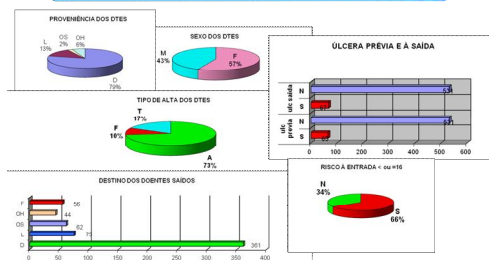
Envelhecimento da população mundial
Envelhecimento na Europa
Envelhecimento em Portugal

Nova realidade demográfica e social

- Maiores níveis de dependência da população
- Admissão hospitalar por agudização de doença crónica

Cuidados de saúde estão organizados de forma a dar a melhor resposta a uma população cada vez mais envelhecida?

Caraterização da população



População em estudo: doentes avaliados de 1 Janeiro a 21 de Junho (2012): 539

Idade	N	%	Média de dias de internamento
<65anos			7,93
≥ 65anos	407	75%	8,13
≥ 65anos – <75 anos	101	18,7%	8,27
≥ 75anos – <85 anos	172	31,85%	7,17
≥ 85anos	134	24,8%	9,26
			Média global de dias de internamento: 8,08 dias

- 75% da população tinha mais de 65 anos
- Observa-se que aumento do número de dias de internamento acompanha o aumento da idade.

ção
nos

ema

- Os mais idosos têm maiores índices de admissão hospitalar, tempos de internamento, taxas mais altas de readmissão, complicações durante o internamento, quedas¹
- A hospitalização aumenta o risco de piorar a capacidade para satisfazer as atividades de vida diária²
- 34 a 50% dos idosos hospitalizados experienciam declínio do seu estado funcional entre a admissão e alta hospitalar³

¹Courtney, M., Edwards, H., Chang, A., Parker, A., Finlayson, K. & Hamilton K. (2011) Randomised controlled trial to prevent hospital readmissions and loss of functional ability in high risk older adults: a study protocol BMC health services research 11:202.

²Sager M, Franke T, Inouye S, Landefeld C, Morgan T, Rudberg M, Siebens H, Winograd C. (1996) Functional Outcomes of Acute Medical Illness and Hospitalization in Older Persons Arch Intern Med. 1996;156(6):645-652

³King B. (2006) Functional Decline in hospitalized elders, MEDSURG nursing, vol 15:5 265-271.

ma

A perda de capacidade funcional começa a ser notada dias antes da admissão hospitalar, é secundária à instalação de doença aguda⁵.

A avaliação de capacidade funcional deve ter em conta o estágio duas semanas antes da hospitalização⁶.

A perda funcional antes da hospitalização não pode ser prevenida, já as mudanças funcionais que ocorrem após admissão hospitalar refletem a interação da doença com cuidados hospitalares e tratamentos e são passíveis de mudar o processo de cuidados no hospital⁵.

⁵Covinsky, K. et al (2003) Loss of independence in activities of daily living in older adults hospitalized with medical illness, increased vulnerability with age. Journal American Geriatric Society, 51: 451-458.

ema

A hospitalização está na liderança de causa de perda de capacidade funcional⁴.

35% dos pacientes perdem capacidade funcional aquando de alta, este número sobe para 50% em pacientes com mais de 85 anos⁵. Em pacientes com mais de 90 anos sobe para 65%⁴.

⁴Asmus-Szepesi K. et al (2011) Evaluation design of a reactivation care program to prevent functional loss in hospitalized elderly: a cohort study including a randomized controlled trial, BMC geriatrics, 11:36.

⁵Covinsky, K. et al (2003) Loss of independence in activities of daily living in older adults hospitalized with medical illness, increased vulnerability with age. Journal American Geriatric Society, 51: 451-458.

ema

- Os idosos que apresentam declínio funcional durante o internamento morrem mais nos 3 meses seguintes à alta⁶.

- O declínio funcional em idosos está muitas vezes ligado à (re)admissão em hospitais e tem consequências devastadoras como aumento da mortalidade, morbilidade, institucionalização⁷, sobrecarga do cuidador e aumento do uso de recursos⁸.

⁶Wakefield B., Holman J. (2007) Functional trajectories associated with hospitalization in older adults. Western Journal of Nursing Research (WEST J NURS RES); 29(2): 161-77.

⁷Graf C. (2008) The hospital Admission Risk Profile, The American journal of nursing, Vol 108:8, p.67

⁸Covinsky K. et al (2003) Loss of independence in activities of daily living in older adults hospitalized with medical illness, increased vulnerability with age. Journal American Geriatric Society, 51: 451-458.

tema

A maior perda funcional nas atividades básicas de vida diária observa-se no tomar **banho e comer**⁸, muitas vezes substituímos ao invés de estimular a mobilidade. "Parece ser fácil" providenciar cuidado físico ao invés de vê-los executar pelos próprios¹⁰.

O ritmo acelerado dos hospitais com diagnósticos, tratamentos e ambição de cura deixam pouco espaço para prestar atenção à capacidade funcional dos clientes, ainda esta que seja preditiva de lesão ou doença posterior, necessidade de readmissão hospitalar, prolongamento da hospitalização, necessidade de **institucionalização**, aumento da **sobrecarga de cuidados de saúde**, aumento de **sobrecarga do cuidador** ou **morte precoce**¹¹.

⁸Sager M, Franke T, Inouye S, Landefeld C, Morgan T, Rudberg M, Siebens H, Winograd C. (1996) Functional Outcomes of Acute Medical Illness and Hospitalization in Older Persons Arch Intern Med. 1996;156(6):645-652

¹⁰King B. (2006) Functional Decline in hospitalized elders, MEDSURG nursing , vol 15:5 265-271

¹¹Rooij S. E., Govers A., Korevaar J. C., Abu-Hanna A., Levi M., Jonge E. (2006) Short-term and long-term mortality in very elderly patients admitted to an intensive care unit Intensive Care Med (2006) 32:1039-1044.

Definição do problema

Particularidades do hospital

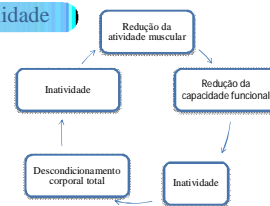
- ☒ Ativo
- ☒ Desordem nos corredores
- ☒ Ausência de orientação
- ☒ Cuidados de acordo com a agenda dos profissionais
- ☒ Polimedicação, cateteres, hidratação e nutrição deficitária
- ☒ Barreiras arquitetônicas e excesso de confiança pela existência de corrimão e apoios podem por exemplo aumentar o risco de queda
- ☒ Cama é o local de eleição de tratamento.

¹²King B. (2006) Functional Decline in hospitalized elders, MEDSURG nursing , vol 15:5 265-271

tema

O declínio funcional é um problema significativo para os idosos em cuidados agudos, vivem alterações relacionadas com declínio fisiológico da idade, o que leva a uma redução na capacidade reserva, tornando-os mais suscetíveis ao descondicionamento¹²

Efeitos da imobilidade



¹²Gordge L., Young J., Weichula R. (2009) Reducing functional decline of older people in an acute-care setting: are we providing adequate care to maintain/ optimise the functional status of our elder patients? The Authors Journal Compilation, Blackwell Publishing Asia Pty Ltd; 181-186.

Enquadramento teórico: conceitos

A **capacidade funcional** caracteriza-se pelas habilidades físicas e mentais necessárias para uma vida independente e autónoma nas suas Atividades Básicas de Vida Diárias (ABVD) e Atividades Instrumentais de Vida Diárias¹³.

Autonomia é a capacidade individual de decisão e comando das suas ações, estabelecendo e seguindo as suas próprias regras¹⁴.

¹³Lobo, A.; Pereira, A. (2007). Idoso Institucionalizado: Funcionalidade e Aptidão Física. Rev. Referência, 11(4), 61-68.

¹⁴Moraes, E., Marino, M. & Santos, R. Principais síndromes geriátricas, Revist Med Minas Gerais, 20(1): 54-66.

Enquadramento teórico: conceitos

Independência é a capacidade de realizar algo com os seus próprios meios. Estão dadas em ABVD e AIVD.

As ABVD refere-se a requisitos básicos tais banho, higiene pessoal, vestir-se, transferência e alimentação, estão associados baixa exigência metabólica, geralmente, exigem pouca resistência.

As AIVD são requisitos adicionais para a vida em comunidade: uso do telefone, preparação de alimentos, limpeza, lavar roupas, compras, gestão de dinheiro, usar transportes e gestão de medicamentos¹⁵. Nos últimos anos, incluiu-se também a manutenção da saúde pessoal, administração do lar, cuidar (por exemplo, animais de estimação, filhos, dependentes), segurança e resposta de emergência nas AIVD¹⁶.

¹⁵Moraes, E., Marino, M. & Santos, R. Principais síndromes geriátricas, Revista Med Minas Gerais, 20(1): 54-66.

¹⁶Wilkins, S., Letts, L., & Richardson, J. (2009). Chapter 17: evaluation of functional performance. In B. Bonder, V. Dal Bello-Haas, M. Wagner (Eds.), Functional Performance in Older Adults (2nd Edition). Philadelphia, Pennsylvania: F.A. Davis Company.

Enquadramento teórico: conceitos

Declínio funcional refere-se à perda de independência ou deterioração do auto-cuidado.

Sinónimos: perda de funcional, declínio de função ou incapacidade funcional¹⁷.

Usualmente definido como uma perda de independência "nova" em atividades de autocuidado ou deterioração das competências de autocuidado para a satisfação de ABVD e AIVD¹⁸.

O Declínio Funcional não está estritamente ligado ao problema médico que leva a pessoa ao hospital e não recupera instantaneamente quando o problema médico está resolvido¹⁹.

¹⁷Pankh, R., & King, M. (2010). Preventing loss of function in older persons after hospitalization. *Connecticut Medicine*, 74(1), 11-16

¹⁸Furtinsky R, Covinsky K., Palmer R., Landefeld C. (1999) Effects of functional status changes before and during hospitalization on nursing home admission of older adults. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 1999;54(10):ME21-6.

¹⁹Hogerdijkum J, Schuurman J, Korevaar J, Bouman B, Roos J S (2010) Identification of older hospitalized patients at risk for functional decline: a study to compare the predictive values of tree screening instruments Journal of clinical nursing 19 1219-1225.

conceitos

- **Avaliação de capacidade funcional** atribui à pessoa um valor numérico em função da sua independência para completar tarefas, fornecem uma medição objetiva de capacidade, pode ser usado para o progresso da intervenção e melhorar a capacidade funcional do cliente.

Índice de Barthel

- Pontuação de 0-100
- "Quantificar" e monitorizar a independência
- Com uma pontuação >60: a maioria dos doentes são independentes para cuidados pessoais essenciais
- Com uma pontuação >85: assistência mínima

Avaliação geriátrica

Alguns autores reforçam a necessidade de uma **avaliação geriátrica eficiente e completa, a custos razoáveis, com objetivo de diagnóstico precoce de problemas de saúde e a orientação de serviços de apoio**²²

A CIF concentra-se nas componentes de vida de um indivíduo que sejam significativas, é um instrumento singular que possibilita a **identificação do perfil epidemiológico da funcionalidade** nas pessoas com mais de 65 anos²³.

²²Paixão C, Reichenheim M. (2005) Uma revisão sobre instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso Cadernos de Saúde Pública vol.21 no.1 Rio de Janeiro (Jan.Feb).

²³Pereira C. et al (2011) Contributo para a classificação da funcionalidade na população com mais de 65 anos, segundo a Classificação Internacional de Funcionalidade Rev Port Saúde Pública, 28(1):53-63

Risco na admissão hospitalar

- Idade
- Cognição
- Nível de funcionalidade prévia
- Depressão
- Dias de internamento
- Polimedicação
- Excesso de repouso no leito

Covinsky K. et al (2003). Loss of independence in activities of daily living in older adults hospitalized with medical illnesses: increased vulnerability with age. *Journal Of The American Geriatrics Society*, 51(4), 451-458.

Hoogerduijn J. et al (2010). Identification of older hospitalised patients at risk for functional decline: a study to compare the predictive values of three screening instruments. *Journal of Clinical Nursing*, 19(9-10), 1219-1225. doi:10.1111/j.1365-2702.2009.03035.x

Objetivo Geral

Implementar a avaliação da capacidade funcional no idoso hospitalizado

Objetivos específicos:

- Monitorizar da capacidade funcional do idoso hospitalizado
- Promover cuidados básicos gerais à pessoa idosa hospitalizada nas dimensões de maior vulnerabilidade (sono, alimentação, incontinência, confusão, quedas, pele, depressão, infeções nosocomiais, problemas com a medicação) de forma a prevenir o declínio funcional de acordo com o nível de comprometimento da pessoa idosa

Finalidade

- Prevenção do declínio funcional na pessoa idosa hospitalizada

Estágio

Não há avaliação sistemática de capacidade funcional

- 1ª Fase - Objetivos:
 - Conhecer as características específicas da população internada num serviço de medicina dum hospital central
 - Compreender a dinâmica de cuidados à pessoa idosa naquele contexto específico
- Atividades
 - Reunião com enfermeira-chefe, especialista em enfermagem médico-cirúrgica na vertente geriátrica para perceber necessidade real sentida
 - Reunião com enfermeiros do serviço de medicina
- Avaliação

INDICADOR: motivação demonstrada pelos dos elementos da equipa em dar continuidade ao projeto

Estágio

- 2ª fase Objetivos
 - Reconhecer as complicações do idoso hospitalizado
 - Envolver a equipa de modo a afirmar necessidades de formação na área da pessoa idosa
 - Encorajar a equipa a redefinir estratégias de intervenção à pessoa idosa (de acordo com as necessidades de intervenção primária, secundária, ...)
 - Adquirir competências no cuidado à pessoa idosa
- Atividades
 - Planeamento de intervenções no âmbito do cuidado à pessoa idosa com maior risco de declínio funcional na admissão hospitalar
 - Criação de dinâmica de trabalho de grupo: análise e revisão de artigos de investigação quinzenalmente
 - Refletir a ação de enfermagem em cada um dos “sinais vitais geriátricos”
 - Validação de intervenções de enfermagem de acordo com a aplicação do índice de Barthel
- Avaliação

Indicadores: Envolvimento da equipe nas atividades, discussão e planeamento de intervenções
Monitorização de preenchimento da avaliação sistemática de capacidade funcional
Envolvimento do cliente nas estratégias definidas

Campo de estágio

- 3ª fase Objetivo:
 - Implementação da avaliação de capacidade funcional de forma sistemática nos serviços de medicina do hospital
- Atividades:
 - Estabelecido contacto com enfermeira supervisora
 - Formação de grupo de trabalho dinamizador de avaliação de capacidade funcional
- Avaliação:

Aplicação alargada de escala de avaliação de capacidade funcional

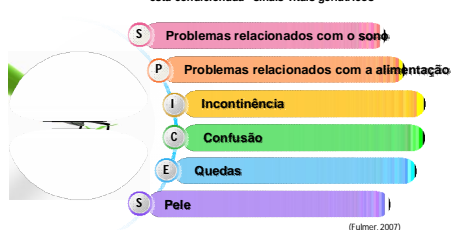
Aplicabilidade

- Conhecimento do perfil de funcionalidade dos doentes e adequação de cuidados
- Reconhecimento de necessidade de recursos: humanos, dispositivos, materiais
- “Gerar dados” passíveis de utilização em investigação científica e novos projetos

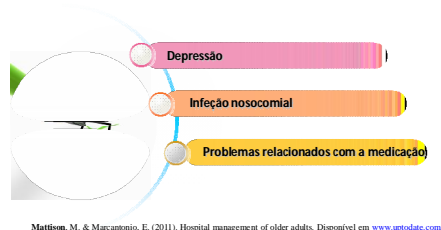
MONITORIZAÇÃO: ADMISSÃO, DE 5EM 5 DIAS OU SEMPRE QUE SE VERIFIQUEM ALTERAÇÕES

Funcionalidade no hospital

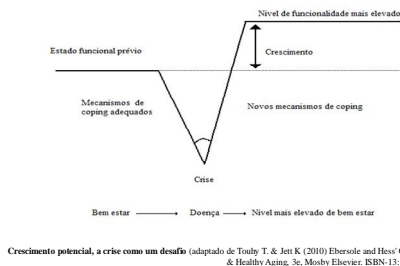
A funcionalidade do idoso, especialmente em meio hospitalar está condicionada “sinais vitais geriátricos”



Funcionalidade no hospital



Graficamente: Intervenção do enfermeiro especialista



Referências bibliográficas

- Sager M, Franke T, Boucye S, Landefeld C, Morgan T, Rudberg M, Sieben H, Wingard C. (1996) Functional Outcomes of Acute Medical Illness and Hospitalization in Older Persons. *Arch Intern Med* 156(6):645-652.
- Courtney, M., Edwards, H., Chang, A., Parker, A., Finlayson, K. & Hamilton K. (2011) Randomised controlled trial to prevent hospital readmission and loss of functional ability in high risk older adults: a study protocol BMC health services research 11:202.
- Georgel L., Young J., Wicthala R. (2009) *Reducing functional decline of older people in an acute-care setting: are we providing adequate care to maintain optimum the functional status of our elder patients?* The Authors Journal Compilation © Blackwell Publishing Asia Pty Ltd, 7, 151-156.
- King B. (2006) *Functional decline in hospitalized elders*, MEIDSURG nursing, vol 15:5 265-271.
- Walker M. et al (2007) *Katz index of independence in activities of daily living*, AIN, 408, 4.
- Toulhy T. & Jett K. (2010) *Ebersole and Hess' Gerontological Nursing & Healthy Aging*, 3e, Mosby Elsevier, ISBN-13: 978-0323057011.
- Azuma-Sapessi K. et al (2011) Evaluation design of a reactivation care program to prevent functional loss in hospitalized elderly: a cohort study including a randomized controlled trial. *BMC geriatrics*, 11:36.
- Covinsky K. et al (2005) Loss of independence in activities of daily living in older adults hospitalized with medical illness, increased vulnerability with age. *Journal American Geriatric Society*, 51: 441-458.
- Wakefield B., Holman J. (2007) Functional trajectories associated with hospitalization in older adults. *Western Journal of Nursing Research (WEST J NURS RES)*, 29(2): 161-77.
- Graf C. (2008) The hospital Admission Risk Profile. *The American journal of nursing*, Vol. 108, 8, p.67.
- Rood J. S., E., Govers A., Korevaar J. C., Abu-Hanna A., Levi M., Jonge E. (2006) Short-term and long-term mortality in very elderly patients admitted to an intensive care unit. *Intensive Care Med* (2006) 32:1039-1044.
- Organização Mundial de Saúde, *Direção-Geral de Saúde* (2004) *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde* (CIFI), Lisboa.
- Lobo, A.; Pereira, A. (2007). *Idoso Institucionalizado: Funcionalidade e Aptidão Física*. Rev. Referência, 14(4), 61-68.
- Morales, E., Marino, M. & Santos, R. Principais síndromes geriátricas. *Revista Med Minas Gerais*, 20(1): 54-66.
- Wilkins, S., Lett, L., & Richardson, J. (2009). Chapter 17: evaluation of functional performance. In B. Bender, V. Dal Bello-Haas, M. Wagner (Eds.), *Functional Performance in Older Adults* (3rd Edition) (pp. 427-448). Philadelphia, Pennsylvania: F.A. Davis Company.
- Martinez, M. & Marcantoni, E. (2011). Hospital management of older adults. Disponível em www.apsolabs.com
- Pereira C. et al (2011) Contributo para a classificação da funcionalidade na população com mais de 65 anos, segundo a Classificação Internacional de Funcionalidade. *Rev. Port Saúde Pública*, 29(1):53-60.
- Pablo C. Reichenheim M. (2005) Uma revisão sobre instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso. *Cadernos de Saúde Pública*, vol.21 no.1 Rio de Janeiro (Jan./Febr).
- Hosgerdijm J., Schaumann J., Korevaar J., Braumann B, Rooij S (2010) Identification of older hospitalized patients at risk for functional decline: a study to compare the predictive values of three screening instrument. *Journal of clinical nursing* 19:1219-1225.
- Forinsky K, Covinsky K., Palmer K., Landefeld C. (1999) Effects of functional status changes before and during hospitalization on nursing home admission of older adults. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 1999 Oct;54(10):M521-6.
- Parikh, R., & King, M. (2010). Preventing loss of function in older persons after hospitalization. *Connecticut Medicine*, 74(1), 11-16.

Apêndice V - Discussão de artigos científicos: "Confusion geriatric" e "Nursing assessment. Nursing tools and strategies to assess cognition and confusion "

Vulnerabilidades na pessoa idosa:

Confusão

Serviço de Medicina I B

Definição de conceitos

Classificamos dois doentes como confusos: estamos a falar da mesma confusão?

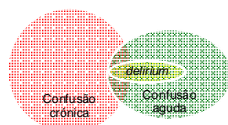


Figura 1 - Conceptualização da confusão aguda, delirium e as suas relações com a confusão crónica, pelo Iowa Veterans Affairs Nursing Research Consortium 3

Sumário: confusão na pessoa idosa

- Definição de conceitos: confusão, confusão aguda, *delirium*, demência
- Fatores de risco
- Fatores predisponentes
- Causas da confusão
- É possível prevenir a confusão?
- “Medir a confusão”
- Consequências da confusão na pessoa idosa institucionalizada

Delirium

- critérios + específicos, estritos e rígidos
- duração de horas ou dias
- Incidência de 3% a 29%
- Classificação médicas ICD e DSM
- APA

Confusão aguda Confusão crónica Demência

Delirium | Confusão Aguda

- Sinal de doença associado a índices de mortalidade elevados
- Ocorre em todas as idades mas é mais frequente nos idosos
- Habitualmente causa(s) orgânica(s)
- Alguns autores descrevem o *delirium* como uma emergência médica

(p39)

Fatores de risco

- Idade (>70anos)
- Cognição prévia | depressão
- Medicação (≠ Índice de massa gorda) | Polimedicação
- Metabólica | Desidratação (desequilíbrio hidroeletrólítico)
- Dor
- Hipóxia | Hipoperfusão
- Deficits sensoriais
- Infecção ou outro problema médico
- Espaço não familiar, mudança de quartos
- Falta de ajudas técnicas: relógio, bengala, óculos, aparelho auditivo

(p.40)

Fatores predisponentes (vulnerabilidade)

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Idade avançada • Sexo masculino • Institucionalização • Isolamento social • Inabilidade de reconhecer a confusão • Atitudes negativas acerca dos idosos • Ritmo elevado e foco na tecnologia • Estabelecimento rápido • Redução do número de enfermeiros • Alterações visuais | <ul style="list-style-type: none"> • Alterações auditivas • Grau de demência • Alterações cognitivas • Depressão • Dependência funcional • Imobilidade • Fratura na admissão • Desidratação • Alcoolismo • AVC prévio • Dça de Parkinson • Dça múltipla |
|--|---|

(Marques, 2012)

Fatores precipitantes Agressões

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Suspensão de terapêutica • Sedativos, psicofármacos, etc • Dça aguda grave • Infecção do trato urinário • Pneumonia • Hipo/hiperglicemia • Hipo/hipernatremia • Hipo/hipercalcemia • Hipo/hipercalemia • Falência renal ou hepática • Hematoma subdural • Malignidade • DPOC • Hipoxemia | <ul style="list-style-type: none"> • Shock • Anemia • ICC • Retenção urinária/fecal • Privação de sono • Dor • Restrição física • Cateter urinário, sistemas de soros • Intervenções cirúrgicas e anestesia • Elevado número de procedimentos no hospital |
|---|---|

(Marques, 2012)

Prevenir (1ª linha)

É possível reduzir a incidência de delirium na pessoa idosa hospitalizada!

- Eliminar, minimizar e estar mais atento quando reconhecemos fatores de risco
- Otimizar comunicação
- Plano terapêutico medicamentoso (dor, ansiedade, sono: confirmar medicação habitual)
- Corrigir os sinais mau prognóstico: sinais de infecção?, glicemias, hidratar, analgesia,...
- Ajuste de plano terapêutico medicamentosos
- Ajudas técnicas

(p.41)

Prevenir (2ª linha)

- Corrigir os sinais mau prognóstico: sinais de infecção?, glicemias, hidratar, analgesia,...
- Ajuste de plano terapêutico medicamentosos
- Providenciar ambiente terapêutico:
 1. Tranquilizar e **orientar** o doente frequentemente **para a realidade, evitar confrontação!**
 2. Maximizar a atividade diária (evitar cateteres ou restrições) (se possível)
 3. Ambiente calmo: luz adequada, horários regulares, uma tarefa de cada vez
 4. Evitar interrupções na linha de atuação ou intervenções invasivas
 5. Facilitadores de sono (ativação de parasimpático) | evitar despertar precoce ou interromper o sono
 6. Tranquilizar e orientar a **família**.

(p.41)

Resultados esperados para pessoa

(3ª linha)

- Medicação psicotrópica como último recurso para a agitação

1. Ausência de delírium
2. Estado cognitivo basal
3. Estado funcional basal
4. Melhor qualidade de vida e reforço da dignidade da pessoa
5. Alta para o mesmo destino de proveniência

CAM (Confusion Assessement Method)

O diagnóstico de delírio pela CAM requer a presença de características 1 e 2 + 3 ou 4.

Resultados esperados para equipa

1. Tempo de internamentos menores
2. Diminuição da morbilidade e da mortalidade
3. Aumento referências e consulta a especialistas
4. Maior satisfação dos doentes, familiares e equipa de enfermagem

Característica 1: início agudo ou curso flutuante

Esta função é geralmente obtida a partir de um membro da família ou a enfermeira e é mostrado por respostas positivas para as seguintes perguntas: Existe evidência de uma mudança aguda no estado mental da linha de base do doente? Será que o comportamento (anormal) flutua durante o dia, ou seja, tendem a ir e vir, ou aumentar e diminuir de gravidade?

Característica 2: Desatenção

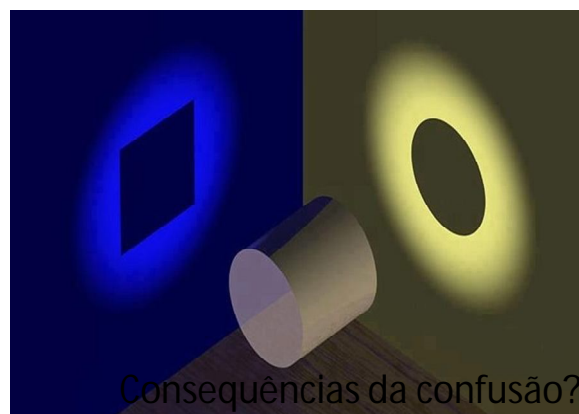
Este recurso é mostrado por uma resposta positiva para a seguinte pergunta: Será que o doente tem dificuldade em focar a atenção, por exemplo, ser facilmente distraídas, ou ter dificuldade em manter a par do que estava sendo dito?

Característica 3: pensamento desorganizado

Este recurso é apresentado por uma resposta positiva para a seguinte pergunta: O pensamento do doente foi desorganizado ou incoerentes, como a conversa desconexa ou irrelevante, ou ilógico fluxo claro de ideias, ou comutação de imprevisível assunto ao assunto?

Característica 4: alteração do nível de consciência

Este recurso é apresentado por qualquer resposta diferente de "alerta" para a seguinte pergunta: Em geral, como você classificaria este doente nível de consciência? (Alerta [normal]), vigilante [hiperalerta], letárgico [sonolento, facilmente despertado] estupor, [difícil despertar], ou coma (não despertável)



Apêndice VI - Discussão de artigos científicos: Sleep and the sleep environment of older adults in acute care settings.

O SONO E O AMBIENTE DO SONO E IDOSOS INTERNADOS EM AMBIENTE HOSPITALAR

Objectivos da sessão:

- Esclarecer sobre a influência do meio ambiente no sono do idoso;
- Importância do sono;
- Formas de ajudar a contrariar a influência do meio ambiente no sono.

Realizado por:
Enfª Célia Alves

Janeiro, 2013

O que é o sono?

- O sono é um estado de imobilidade parcial, durante o qual estamos parcialmente "desconectados" do ambiente que nos rodeia.
- O sono está integrado no sistema SONO-VIGÍLIA
- No sono o cérebro está activo e irá oscilar entre 3 modos de funcionamento: o **sono lento**, o **sono paradoxal** e a **vigília**.
- No sono há uma postura característica
- Durante o sono são executados e desenvolvidos vários processos biológicos, que no seu conjunto são essenciais à sobrevivência

Possíveis Funções do Sono

- Restauradora (Aristóteles; Hess, etc)
- Previne a exaustão (Claparède);
- Protecção de estimulação excessiva ou conflitual (Pavlov).
- Conservação de energia (Rechtschaffen)
- Comportamento adaptativo que aumenta a capacidade de sobrevivência
- Função dupla (restauradora e adaptativa) (Borbély)
- Função tripla (restauradora, adaptativa e comportamental (Webb)

Objectivos do estudo:

- Descrever as características do sono em idosos internados correlacionando com o nível de ruído e o nível de luz e o que isso pode afectar o sono

Luz – Ritmo dia/ noite

Ruído – associado a 27% dos despertares

Verificou-se durante o estudo que:

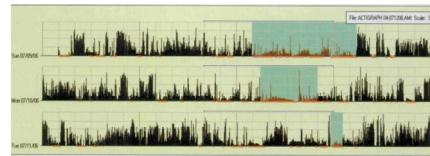
Luz: O nível de luz devia ser se 6.14 lux (luz de presença) e a média do nível de luz na enfermaria variava entre 13 e 162 lux (sendo lux= intensidade da luz / metro quadrado de superfície)

Ruído: A média do nível de som durante o sono foi de 52dB (sendo 50 dB o nível de som de uma residência urbana e 60dB falar a 3 passos de um altifalante).
A OMS refere que o nível de som se deve situar nos 30dB

A eficiência do sono da amostra foi extremamente prejudicado, mesmo considerando os problemas do sono dos idosos

Experiência do doente

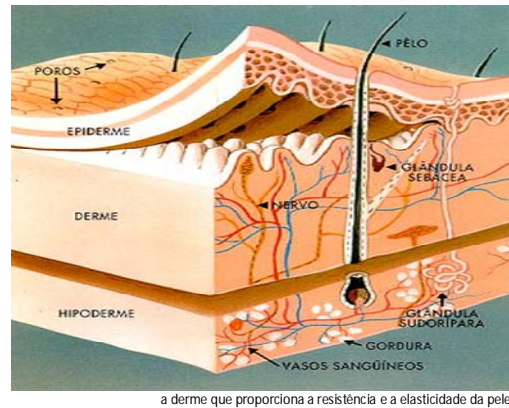
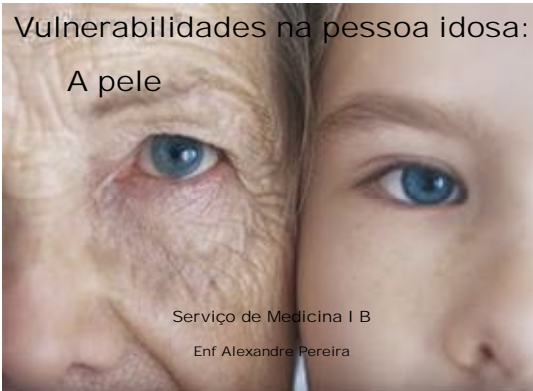
Gráfico de actividade muscular



**IMPLICAÇÕES
DE
ENFERMAGEM**

**OBRIGADO
PELA VOSSA
ATENÇÃO**

Apêndice VI - Discussão de artigos científicos: The prevention and management of skin tears e Using Assessing Care of Vulnerable Elders Quality Indicators to Measure Quality of Hospital Care for Vulnerable Elders



Alterações da pele do idoso

- Atividade dos fibroblastos é reduzida (pele seca e enrugada)
- Descamação (diminuição da secreção sebácea)/ Hidratação
- Elasticidade (fibras elásticas ficam mais amorfas e as de colágeno afinam-se)
- Epiderme adelgada, com achatamento das cristas interpapilares e da junção dermoepidérmica, que antes mostrava aspecto ondulado.
- Diminuição da espessura da derme
- Variações no tamanho e na forma das células da camada basal que apresentam distribuição desordenada
- Diminuição da resistência
- Massa gorda
- Massa muscular
- Albumina
- Terminações nervosas mais próximas à epiderme !Pele altamente sensibilizada (dor!)
- Problemas cardíacos, vasculares, neuropáticos, pulmonares

Fatores de risco

- Sexo feminino
- Raça branca
- Imobilidade/ dependência/ contenção física
- Nutrição inadequada
- Corticoterapia
- Hx de ferida prévia
- Alterações sensoriomotoras
- Polimedicção
- Equimoses
- Necessidade de ajudas técnicas
- Aplicar e remover meias
- Remoção de adesivos
- Transferência e quedas
- Técnicas invasivas

Estudo com 2236 (critérios de participação:
>65anos, sem readmissão nos últimos 30 dias,
que não tenham morrido no hospital)

- 118 recusaram participar
- 127 alta antes de questionados
- 187 sem critérios de vulnerabilidade
- 64 sem entrevista completa
- 21 sem processo clínico completo

• **N= 328**

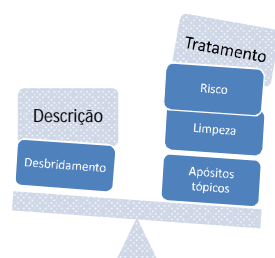
Intervenções

Indicadores de qualidade



Integridade cutânea

Análise dos indicadores de qualidade referentes à pele



Úlceras por pressão

Vs

Lacerações da pele

Desbridamento: não escolhido o método em tempo útil (72h)

Limpeza: 82% não escolha de antisséptico agressivo no leito da ferida

Apósitos: 40% escolhe apósito tópico adequado

Principais problemas

1ª Linha de atuação

Prevenção: medidas universais, ambiente seguro, higiene, adequada hidratação e lubrificação da pele
Identificação e "tratamento" de causa

Tratamento → !Viabilidade tecidular

Tratamento !Viabilidade tecidular

Lubrificação adequada



Obrigado

Apêndice VII - Intervenções básicas de enfermagem nas vulnerabilidades da pessoa idosa



3º Curso de Mestrado e Pós Licenciatura em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Área de Intervenção Pessoa Idosa

Intervenções básicas de enfermagem nas vulnerabilidades da pessoa idosa

Sandra Parreira

Lisboa
Outubro 2013

No âmbito da unidade curricular projeto de estágio, inserida no 3º Curso de mestrado em enfermagem médico-cirúrgica e pós-licenciatura de especialização em enfermagem médico-cirúrgica na vertente da pessoa idosa elaboramos um manual de intervenções de enfermagem básicas nas vulnerabilidades à pessoa idosa. O mesmo é constituído pela presente introdução, no seguinte capítulo descrevemos a intervenções básicas de enfermagem que previnem o declínio funcional na pessoa idosa em contexto de hospitalização, de acordo com recomendações nacionais e internacionais de boas práticas no cuidado à pessoa idosa.

A hospitalização está na liderança de causa de perda de capacidade funcional (Asmus-Szepesi et al, 2011). Sabemos que 35% dos pacientes perdem capacidade funcional (comparando a funcionalidade basal/ duas semanas antes da hospitalização e a aquando de alta) e este número sobe para 50% em pacientes com mais de 85 anos (Covinsky, 2003). Em pacientes com mais de 90 anos chega aos 65% (Asmus-Szepesi et al, 2011).

Reconhecemos o ambiente hospitalar hostil e inadequado para a pessoa idosa. Desde a admissão no serviço de urgência a pessoa vê-se privada dos seus pertences, das suas rotinas, de estar com os seus familiares. A mudança de ambiente e destabilização para a pessoa idosa com diminuição capacidade de se adaptar a mudanças pode ter efeitos desastrosos. Alguns dos clientes apresentam declínio funcional durante a hospitalização com consequências devastadoras para a pessoa, família e comunidade.

O declínio funcional não está estritamente ligado ao problema médico que leva a pessoa ao hospital, até porque, não recupera, instantaneamente, quando o problema médico está resolvido (Hoogerduijn et al, 2010).

Recordamos que usaremos os itens do acrónimo "SPICES", que correspondem ao Sono, Problemas com a alimentação, Incontinência, Confusão, Evidência de quedas e solução de continuidade da Pele, assim como os

problemas descritos no que respeita à medicação, mobilidade e suscetibilidade à infeção.

Estes problemas manifestam-se com um efeito cumulativo, não podemos observar como problemas isolados, mas sim como se potenciam uns aos outros.

SONO

As medidas instituídas na prevenção de distúrbios no padrão de sono repouso na pessoa idosa preveem a necessidade de uma abordagem multidisciplinar de forma a identificar as fontes de picos de ruído e luz de forma a intervir no ambiente sem comprometer a qualidade de cuidados prestados ao cliente. Ressalvamos a necessidade dos registos de enfermagem relatarem as medidas instituídas e seu resultado.

Sono	Autor de referência
Sono no hospital é caracterizado por um início tardio, com redução total de horas de sono, diminuição da eficiência, diminuição da duração dos períodos de sono e períodos frequentes e prolongados de vigília. O sono é comprometido por ruído intenso e luz brilhante intermitente.	Missildine, 2008
A privação e fragmentação do sono na pessoa idosa podem ter efeitos adversos.	
Prevenção primária	
• Medidas higiénicas do sono.	Missildine, 2008
• Promoção do conforto.	Missildine, 2008
• Redução ("possível") de picos de luz e ruído no período noturno.	Missildine, 2008; Taylor-Ford, Catlin, LaPlante & Weinke, 2008
• Redução ("possível") da frequência de despertares noturnos.	Missildine, 2008
Prevenção secundária	
• Gestão ambiente, proteção da pessoa idosa, de forma a torna o ambiente mais calmo.	Missildine, 2008
• Promoção de técnicas de relaxamento usada pelo cliente para adormecer.	Missildine, 2008
• Uso de técnicas de relaxamento.	Missildine, 2008
• Gestão/ otimização de regime medicamentoso instituído.	Zisberg et al, 2012

ALIMENTAÇÃO

No que respeito à alimentação sabemos que se trata de um problema complexo que implica todo o equilíbrio da pessoa idosa.

Problemas com a alimentação	Autor de referência
A desnutrição agrava a situação de vulnerabilidade e fragilidade no idoso, por diminuição das defesas imunológicas, maior suscetibilidade a infecções, aumento da incidência das úlceras de pressão, comprometimento do processo de cicatrização, diminuição das capacidades funcionais, prolongamento de internamento hospitalares e mais frequentes e aumento da mortalidade.	Zanuy & Sanz, 2004; Heaven, Bamford, May & Moynihan, 2013
Prevenção primária	
<ul style="list-style-type: none">Gestão do espaço físico (muitas vezes os clientes comem junto ao leito com dispositivos médicos que interferem com a refeição); promoção alimentação na sala de refeições.	Fulmer, 2007
<ul style="list-style-type: none">Gestão das refeições: tempo e dieta polifracionada,	Milne, Potter, Vivanti & Avenell, 2009
<ul style="list-style-type: none">Otimização de dieta: consistência, quantidade, apresentação, gostos pessoais do cliente.	Milne, Potter, Vivanti & Avenell, 2009
<ul style="list-style-type: none">Identificação de problemas com a mastigação/ deglutição (características dos idosos por falta de peças dentárias e alteração da salivação).	Margetts, Thompson, Elia & Jackson, 2003
<ul style="list-style-type: none">Gestão da hidratação, monitorização da ingestão hídrica.	Ferry, 2005
<ul style="list-style-type: none">Vigilância de pele e mucosas.	Ferry, 2005
Prevenção secundária	
<ul style="list-style-type: none">Identificação de xerostomia	Madinier, et al, 2009
<ul style="list-style-type: none">Adoção de medidas ajustadas aos problemas identificados:<ul style="list-style-type: none">Evidência de xerostomia - hidratação frequente da mucosa, uso de lubrificantes.Evidência de malnutrição, plano alimentar personalizado, com reforço proteico, uso de espessante, quando pertinente.	Capra, Collins, Lamb, Vanderkroft, D & Wai-Chi, 2007
<ul style="list-style-type: none">Utilização de "palhinhas" (promoção de reflexos primários como a sucção).	Fink & Ross, 2009
<ul style="list-style-type: none">Averiguação consistência ideal na alimentação quando se verificam disfagia.	(Robbins et al., 2008).

No que respeita à incontinência destacamos a necessidades de avaliação e intervenção de acordo com as seguintes evidências:

Incontinência	Autor de referência
A incontinência funcional durante o período de hospitalização ocorre em cerca de 20% da população idosa.	(Zisberg et al, 2012).
Prevenção primária	
<ul style="list-style-type: none"> Avaliação dos fatores de risco na pessoa idosa: estado cognitivo prévio, baixa mobilidade, idade avançada, sexo feminino e duração do internamento hospitalar. 	Ostaszkiwicz, O'Connell & Millar, 2008
<ul style="list-style-type: none"> Prevenção do diagnóstico: dependência para o autocuidado uso do wc 	Ostaszkiwicz, O'Connell & Millar, 2008
<ul style="list-style-type: none"> Monitorização da utilização do wc 	Junkin & Selekof, 2007
<ul style="list-style-type: none"> Promoção de um horário de eliminação, oferecendo frequentemente possibilidade de ir ao wc ou o uso de dispositivos de eliminação não invasivos: ao acordar, antes das refeições e antes do sono noturno. Tal intervenção não visa o treino vesical, mas a prevenção de perda de urina e deste modo manter a pessoa seca. 	Junkin & Selekof, 2007
<ul style="list-style-type: none"> Prevenção da obstipação e impactação fecal 	Junkin & Selekof, 2007
Prevenção secundária	
<ul style="list-style-type: none"> Prevenção de complicações da humidade na pele 	Junkin & Selekof, 2007
<ul style="list-style-type: none"> Prevenção das complicações da incontinência urinária e/ ou fecal 	Junkin & Selekof, 2007

QUEDAS

A avaliação do risco de queda é realizada pela equipa de enfermagem de forma sistemática pela escala de dwnnton. Encetamos medidas de prevenção específicas para a pessoa idosa.

Evidência de quedas	Autor de referência
A queda pode resultar em graves consequências para pessoa idosa e suas famílias. A sua incidência nos cuidados hospitalares situa-se entre os 4-14 por 1.000 pacientes dia, sendo descrito como o incidente de segurança mais comum entre pacientes hospitalizados.	Dean, 2012; Healey, Oliver, Milne & Connelly 2008

Prevenção primária

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Avaliação dos fatores de risco pessoais: idade avançada, fraqueza física, desequilíbrio, perturbação da marcha, má visão, mobilidade limitada, alteração cognitiva, estado funcional, história prévia de queda, ambiente não familiar e hipotensão postural | Rubenstein, 2006; Healey, Oliver, Milne & Connelly, 2008; Anderson, 2012 |
| <ul style="list-style-type: none">• Averiguação dos fatores de risco relacionados com os medicamentos: alteração do plano terapêutico habitual, uso de anti-diabéticos, anti-hipertensores, benzodiazepinas, antipsicóticos, opióides e sedativos, que se relaciona com o fenómeno de queda | Martins, et al, 2013 |
| <ul style="list-style-type: none">• Aumento de vigilância nos clientes que realizam anti-coagulação | Resnick, 2003 |
| <ul style="list-style-type: none">• Minimização os efeitos dos potenciais riscos | Rubenstein & Josephson, 2006 |
| <ul style="list-style-type: none">• Vigilância de acordo com risco avaliado | Rubenstein & Josephson, 2006 |
-

PELE

Em contexto de internamento as lesões da pele são frequentes e evitáveis. O aparecimento de uma solução de continuidade da pele, uma vez, instituída deve ser reconhecidos os riscos associados, como a infeção e uma maior necessidade consumo de energia devido ao aumento metabólico.

Solução de continuidade da Pele

Autor de referência

A solução de continuidade no tegumento pode surgir dadas as características específicas da pele da pessoa idosa, acompanhadas de diminuição da mobilidade, diminuição de aporte de circulação dos tecidos o que aumenta a sua vulnerabilidade. No que respeita à pele destacamos dois problemas: lacerações de pele e úlceras por pressão

Arora, et al, 2007; LeBlanc & Baranoski, 2009

Prevenção primária

- | | |
|--|---------------------------|
| <ul style="list-style-type: none">• Avaliação de fatores de risco de laceração da pele: fragilidade cutânea, "horas de ponta" dos cuidados e utilização de | LeBlanc & Baranoski, 2009 |
|--|---------------------------|
-

dispositivos	
• Avaliação de fatores de risco de úlcera por pressão: fragilidade cutânea, estado geral de saúde, nutrição, hidratação, cuidados à pele, prevenção da imobilidade	Arora et al, 2007
• Avaliação e monitorização de risco de úlcera por pressão (já em uso Escala de Braden no CHLN)	Arora et al, 2007
• Prevenção de fatores de risco	Arora et al, 2007
Prevenção secundária	
• Hidratação adequada da pele	LeBlanc & Baranoski, 2009
• Lubrificação adequada da pele	LeBlanc & Baranoski, 2009
• Utilização de material atraumático nos procedimentos de cuidado, tanto quanto possível	Arora et al, 2007, LeBlanc & Baranoski, 2009
Prevenção terciária	
• Diagnóstico e tratamento, em tempo adequado, tendo em conta a viabilidade tecidual: monitorização de tratamento de feridas	Arora et al, 2007

MEDICAÇÃO

Assistimos na população idosa a um maior número de complicações no que respeita ao cumprimento da tabela terapêutica. Importa vigiar atentamente o cumprimento do esquema terapêutico prescrito, uma vez que este condiciona a sua eficácia. É de primordial importância a adesão dos idosos à terapêutica.

Medicação	Autor de referência
Pela vulnerabilidade da população idosa assistimos a uma maior incidência de complicações medicamentosas	Mattison & Marcantonio, 2011
Prevenção secundária	
• Avaliação de medidas preventivas para os possíveis efeitos da terapêutica (Ex: uso de diuréticos e necessidade emergente de levantar, deslocação urgente à casa de banho).	Rochon, 2010
• Comunicação atempada com o médico responsável sobre o efeito secundário da terapêutica em cada cliente	Rochon, 2010
• Despiste de problemas de adesão à terapêutica	Swanlund, et al, 2008

Confusão	Autor de referência
<p>Confusão é um termo usado para descrever alterações cognitivas e comportamentais frequentes associados a doença grave. Na prática clínica diária importa clarificar os diferentes conceitos: <i>delirium</i>, confusão aguda, confusão crónica e demência.</p> <p>A confusão aguda e o <i>delirium</i> associam-se a elevados índices de mortalidade e são descritos como uma emergência médica.</p>	Lee, 2005; Marques 2012
Prevenção primária	
<ul style="list-style-type: none"> Avaliação dos fatores de risco na pessoa idosa: idade, sexo masculino, cognição prévia, medicação instituída, alterações hidroeletrólíticas, dor, hipoxia e hipoperfusão, défice sensorial, quadros infecciosos, espaço envolvente não familiar, falta de ajudas técnicas (ex relógio, óculos, aparelho auditivo) 	Lee, 2005; Marques 2012; Aird e McIntosh 2004
<ul style="list-style-type: none"> Eliminar ou minimizar fatores predisponentes ou precipitantes 	Aird e McIntosh 2004; Lee, 2005; Marques 2012
<ul style="list-style-type: none"> Utilização de ajudas técnicas: óculos, aparelho auditivo, ... 	Marques 2012
Prevenção secundária	
<ul style="list-style-type: none"> Optimização do plano terapêutico medicamentoso com o médico assistente ajustado aos problemas identificados (ex. dor, correção hidroeletrólítica, ansiedade), com correção de factores precipitantes 	Lee, 2005, Marques 2012; Aird e McIntosh 2004
<ul style="list-style-type: none"> Gestão de ambiente terapêutico: tranquilizar, orientação para a realidade, orientação temporal, espacial e para a pessoa, evitar confrontação, ambiente calmo com luz adequada, horários regulares das tarefas, instituir uma tarefa de cada vez, evitar interrupções na linha de atuação, evitar interrupções invasivas ou repentinas, evitar despertar precoce ou interromper sono 	Lee, 2005; Marques, 2012; Aird & McIntosh, 2004
<ul style="list-style-type: none"> Tranquilizar a família 	Lee, 2005; Marques 2012; Aird & McIntosh 2004
<ul style="list-style-type: none"> Reforço da identidade e dignidade da pessoa 	Gallagher, 2004

O síndrome de imobilidade tem efeitos catastróficos na saúde e qualidade de vida da pessoa idosa. Uma vez instituído é difícil atenuar os seus efeitos e recuperar a capacidade funcional prévia. Tais factos tem implicações diretas não

só na pessoa como na dinâmica familiar e gestão de recursos, pelo que é fulcral prevenir ou retardar os efeitos da imobilidade.

Imobilidade	Autor de referência
35% dos pacientes perdem capacidade funcional (comparando a funcionalidade basal/ duas semanas antes da hospitalização e a aquando de alta, este número sobe para 50% em pacientes com mais de 85 anos. Em pacientes com mais de 90 anos chega aos 65% ()). A perda funcional compromete a independência e o futuro tendo uma ligação estreita com a qualidade de vida.	Covinsky, 2003; Asmus-Szepesi et al, 2011
Prevenção primária	
<ul style="list-style-type: none"> Avaliação dos fatores de risco de perda de capacidade funcional: idade, estado cognitivo, estado funcional prévio, número de dias de internamento, diagnóstico médico, comorbilidades, estado nutricional e propensão para quedas, situação socioeconómica e ambiental, dor, estado nutricional, uso de dispositivos invasivos de longa duração, uso de polimedicação, depressão, motivação, défice de capacidade visual e auditiva. 	Hoogerduijum et al, 2010;
<ul style="list-style-type: none"> Avaliação sistemática de capacidade funcional na pessoa idosa 	Direção Geral de Saúde, Norma nº 054/2011 de 27/12/2011
<ul style="list-style-type: none"> Monitorização da capacidade funcional 	Direção Geral de Saúde, Norma nº 054/2011 de 27/12/2011 ; Kane & Kane, 2000
<ul style="list-style-type: none"> Maximização da capacidade funcional 	Graf, 2006; Covinsky, et al. 1998.
<ul style="list-style-type: none"> Intervenção de enfermagem precoce de prevenção de síndrome de imobilidade (por exemplo, deambulação, horários de eliminação na casa de banho, comunicação adequada, utilização de ajudas técnicas e atenção ao efeito dos medicamentos) 	Cazeiro & Peres, 2010; Marques, 2012
<ul style="list-style-type: none"> Manutenção de rotinas habituais evitando o repouso no leito por períodos prolongados 	King, 2006
<ul style="list-style-type: none"> Eliminação ou minimização de fatores de risco, tanto quanto possível, de desenvolvimento de perda de capacidade funcional 	Hoogerduijum et al, 2010;
Prevenção secundária	
<ul style="list-style-type: none"> Utilização de ajudas técnicas 	Hoogerduijum et al, 2010
<ul style="list-style-type: none"> Comunicação interdisciplinar sobre o estado funcional, 	Counsell, et al., 2000

mudanças e resultados esperados, devendo incluir a família, sempre que possível

Prevenção terciária

- Promoção de referência a unidades de apoio ou reabilitação

Gordge, De Young, & Wiechula, 2009

Suscetibilidade à infecção

Autor de referência

A infecção é a principal causa de morte em um terço dos indivíduos com mais de 65 anos. A suscetibilidade dos idosos à infecção depende de causas biológicas múltiplas, fatores culturais e sociais. É reconhecido um aumento da infecção nesta população e piores resultados/expectativa de cura quando infetados. Esses fatores alteraram a apresentação dos síndromes infecciosas podendo necessitar de modificações do tratamento.

Há necessidade de ter em conta a multipatologia, maior suscetibilidade à infecção e respostas vacinais menos eficazes.

Castle, Uyemura, Fulop, Makinodan, 2007; Garlington & High, 2011;

Prevenção Primária

- Avaliação de sinais de infecção em idosos, que podem ser inespecíficos e incluem quedas, delirium, anorexia ou fraqueza generalizada.

Norman, 2000

- Prevenção de infecção cruzada

Castle, Uyemura, Fulop, Makinodan, 2007

Referências bibliográficas

- Anderson, O., Boshier, P., & Hanna, G. (2012). Interventions designed to prevent healthcare bed-related injuries in patients. *The Cochrane Database Of Systematic Reviews*, 1CD008931. doi:10.1002/14651858.CD008931.pub3
- Arora, V., Johnson, M., Olson, J., Podrazik, P., Levine, S., Dubeau, C., Sachs, G. & Meltzer, D. (2007). Using assessing care of vulnerable elders quality indicators to measure quality of hospital care for vulnerable elders. *J Am Geriatr Soc* 2007;55:1705-1711
- Asmus-Szepesi, K., de Vreede, P., Nieboer, A., van Wijngaarden, J., Bakker, T., Steyerberg, E., & Mackenbach, J. (2011). Evaluation design of a reactivation care program to prevent functional loss in hospitalised elderly: a cohort study including a randomised controlled trial. *BMC Geriatrics*, 11:36. doi:10.1186/1471-2318-11-36.
- Capra, S., Collins, C., Lamb, M., Vanderkroft, D., & Wai-Chi, S. (2007). Effectiveness of interventions for undernourished older patients in the hospital setting. *Best Practice*, 11, 1-4.
- Cazeiro A. & Peres P. (2010). A terapia ocupacional na prevenção e no tratamento de complicações decorrentes da imobilização no leito. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*. 18(2), 149-16.
- Counsell, S. R., Holder, C. M., Liebenauer, L. L., Palmer, R. M., Fortinsky, R. H., & Kresevic, D. (2000). Effects of a multicomponent intervention on functional outcomes and process of care of hospitalized older patients: A randomized controlled trial of Acute Care for Elders (ACE) in a community hospital. *Journal of the American Geriatric Society*, 48(12), 1572–1581.
- Covinsky, K. et al (2003). Loss of independence in activities of daily living in older adults hospitalized with medical illnesses: increased vulnerability with age. *Journal Of The American Geriatrics Society*, 51(4), 451-458.
- Dean, E. (2012). Reducing falls among older people in hospital. *Nursing Older People*, 24(5), 16-19.
- Ferry, M. (2005). Strategies for ensuring good hydration in the elderly. *Nutrition Reviews*, 63(6), S22–S29.
- Fink, T., & Ross, J. (2009). Are we testing a true thin liquid?. *Dysphagia*, 24(3), 285-289. doi:10.1007/s00455-008-9203-y.
- Gallagher, A. (2004). Dignity and respect for dignity two key health professional values implications for nursing practice. *Nursing Ethics*, 11(6), 587-599.

- Gordge, L., De Young, J., & Wiechula, R. (2009). Reducing functional decline of older people in an acute-care setting: are we providing adequate care to maintain/optimize the functional status of our elder patients?. *International Journal Of Evidence-Based Healthcare*, 7(3), 181-186. doi:10.1111/j.1744-1609.2009.00139.x
- Heaven, B., Bamford, C., May, C., & Moynihan, P. (2013). Food work and feeding assistance on hospital wards. *Sociology Of Health & Illness*, 35(4), 628-642. doi:10.1111/j.1467-9566.2012.01515.x
- Hoogerduijn, J., Schuurmans, M., Korevaar, J., Buurman, B., & de Rooij, S. (2010). Identification of older hospitalised patients at risk for functional decline, a study to compare the predictive values of three screening instruments. *Journal of Clinical Nursing*, 19(9-10), 1219-1225. doi:10.1111/j.1365-2702.2009.03035.x
- Leblanc, K., & Baranoski, S. (2009). Prevention and management of skin tears. *Advances In Skin & Wound Care*, 22(7), 325-332. doi:10.1097/01.ASW.0000305484.60616.e8.
- Lee, V. (2005). Confusion: geriatric self-learning module. *Medsurg Nursing: Official Journal Of The Academy Of Medical-Surgical Nurses*, 14(1), 38-41.
- Madinier, I., Starita-Geribaldi, M., Berthier, F., Pesci-Bardon, C., & Brocker, P. (2009). Detection of mild hyposalivation in elderly people based on the chewing time of specifically designed disc tests: diagnostic accuracy. *Journal Of The American Geriatrics Society*, 57(4), 691-696. doi:10.1111/j.1532-5415.2009.02179.x
- Margetts, B., Thompson, R., Elia, M., & Jackson, A. (2003). Prevalence of risk of under-nutrition is associated with poor health status in older people in the UK. *European Journal of Clinical Nutrition*, 57, 69-74.
- Marques, P. (2012). *O doente idoso com confusão e a acção de enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Martins, M., Oliveira, A., Moreira, C., Santos, A., Martins, T., & Araújo, F. (2013). Falls of patients admitted to hospital, association with medication [Portuguese]. *Referência: revista científica da unidade de investigação em ciências da saúde: domínio de enfermagem*, (9), 105-114.
- Milne, A., Potter, J., Vivanti, A., & Avenell, A. (2009). Protein and energy supplementation in elderly people at risk from malnutrition. *The Cochrane Database Of Systematic Reviews*, (2), CD003288. doi:10.1002/14651858.CD003288.pub3
- Missildine, K., Bergstrom, N., Meininger, J., Richards, K. & Foreman, M. (2010). Sleep in Hospitalized Elders: A Pilot Study. *Geriatric Nursing*, 31(4), 263-272.

- Norman, D. (2000). Fever in the elderly. *Clinical Infectious Diseases: An Official Publication Of The Infectious Diseases Society Of America*, 31(1), 148-151.
- Ostaszkievicz, J., O'Connell, B. & Millar, L. (2008). Incontinence: Managed or mismanaged in hospital settings? *Int J Nurs Pract*, 14, 495-502.
- Parekh, R. & King, M. (2010). Preventing Loss of Function in Older Persons After Hospitalization, *Connecticut Medicine*, 24(1):12-16.
- Resnick, B. (2003). Preventing falls in acute care. In M. Mezey, T. Fulmer, I. Abraham (Eds.) & D. Zwicker (Managing Ed.), *Geriatric Nursing Protocols for Best Practice* (2ed.). New York: Springer Publishing Company, Inc, 141-164.
- Rich, S., Shardell, M., Margolis, D., & Baumgarten, M. (2009). Pressure ulcer preventive device use among elderly patients early in the hospital stay. *Nursing Research*, 58(2), 95-104. doi:10.1097/NNR.0b013e31818f8e8e.
- Robbins, J., Gensler, G., Hind, J., Logemann, J., Lindblad, A., Brandt, D., & Miller Gardner, P. (2008). Comparison of 2 interventions for liquid aspiration on pneumonia incidence: a randomized trial. *Annals Of Internal Medicine*, 148(7), 509-518.
- Rochon, P. A. (2010). Drug prescribing for older adults. Acedido a 12 de Agosto 2013. Disponível em: <http://www.utdol.com>.
- Rubenstein, L. & Josephson, K. (2006). Falls and their prevention in the elderly: What does the evidence show? *Medical Clinics of North American*, 90 (5), 807–824.
- Silva, A. (2008). Equilíbrio, coordenação e agilidade de idosos submetidos à prática de exercícios físicos resistidos. *Rev Bras Med Esporte*, 14(2), 88-93.
- Swanlund, S., Scherck, K., Metcalfe, S., & Jesek-Hale, S. (2008). Keys to successful self-management of medications. *Nursing Science Quarterly*, 21(3), 238-246.
- Taylor-Ford, R., Catlin A., LaPlante M., & Weinke C. (2008). Effect of a noise reduction program on a medical-surgical unit. *Nursing Research*, 17, 74-88.
- Zanuy, M. & Sanz, M. (2004). Malnutrición en el anciano. In: Candela CG., Fernández JMR. *Manual de recomendaciones nutricionales en pacientes geriátricos*. Barcelona: Novartis Consumer Health S.A. 35-42.
- Zisberg, A., Shadmi, E., Sinoff, G., Gur-Yaish, N., Srulovici, E., & Shochat, T. (2012). Hospitalization as a turning point for sleep medication use in older adults: prospective cohort study. *Drugs & Aging*, 29(7), 565-576. doi:10.2165/11632350-000000000-00000

Zwarenstein, M., Goldman J., & Reeves, S. (2009). Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes (review). *The Cochrane Database Of Systematic Reviews*, (3), CD000072. doi:10.1002/14651858.CD000072.pub2.

